

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**CONSTRUCCIÓN DE LA TRAYECTORIA BIOCOGNITIVA DE LA VIDA SEXUAL  
EN PAREJA DE MUJERES DIAGNOSTICADAS CON EL VIRUS DEL PAPILOMA  
HUMANO**

**PREGRADO EN PSICOLOGÍA**

**LAURA CAMILA GARCÍA MORA**

**BOGOTÁ – FUSAGASUGÁ**

**2018**

## **Dedicatoria**

Es imposible dejar de lado a todas las personas que me acompañaron y apoyaron en el proceso que hoy termina felizmente pese a que estuvo lleno de altibajos. Inicialmente, a mis padres, que desde Fusagasugá me apoyaron y alentaron constantemente. A mi hermana que fue una pieza fundamental en el inicio de la salida de campo y me enseñó con el ejemplo que siempre se puede dar más. Finalmente, a mis tutores que estuvieron prestos a escuchar cada una de la crisis por las cuales fue necesario pasar en las diferentes etapas del proceso; siempre con una sonrisa, una crítica constructiva o carácter para mantenerme frente a una postura. A cada una de estas personas solo me quedan palabras de agradecimiento; esto también fue posible gracias a cada uno de ustedes.

## **Resumen**

La presente investigación busca indagar sobre la construcción que se genera en la trayectoria Biocognitiva de la vida sexual en pareja de mujeres diagnosticadas con el Virus del Papiloma Humano (VPH), enmarcada en la episteme sistémico-complejo que entiende el fenómeno desde una multi-causalidad. La recolección de la información se realizó por medio de entrevistas semi-estructuradas y conversaciones reflexivas en tres estudios de caso, en las que se evidenció un afianzamiento del “compromiso”, entendido, a la luz de Robert Sternberg, como la decisión de no separarse a pesar de los altibajos que se generan en la relación. De igual forma, se pone de manifiesto la importancia de la sexualidad en la pareja y el cambio de perspectiva que se tiene tras el proceso de diagnóstico y cuidados posteriores de la enfermedad, en la que el acto sexual cobra un nuevo significado mucho más enfocado a no poner nuevamente en riesgo la salud y el bienestar de la pareja.

Finalmente, es importante resaltar la importancia que tiene las relaciones de pareja y el cuidado de la sexualidad en las mismas, por lo que la enfermedad no debe verse como un ente aislado, sino por el contrario, como un sistema que se encuentra en constante interacción y retroalimentación.

## Tabla de contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1    Objetivos.....</b>	<b>19</b>
1.1.1    Objetivo general. ....	19
1.1.2    Objetivos específicos .....	19
<b>1.2    Justificación.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3    Pregunta de investigación .....</b>	<b>20</b>
<b>2    Capítulo 2: Marco teórico .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1    Bases teóricas .....</b>	<b>22</b>
2.1.1    La Psiconeuroinmunología (PNI) .....	22
2.1.2    Trayectorias Biocognitivas desde una mirada analítica. ....	24
<b>2.2    Sexualidad .....</b>	<b>28</b>
2.2.1    Relaciones sexuales coitales. ....	31
2.2.2    Virus del Papiloma Humano (VPH).....	31
2.2.3    Relaciones de pareja. ....	33
<b>3    Capítulo 3: Metodología de investigación .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1    Diseño del caso .....</b>	<b>40</b>
3.2    Antecedentes. ....	40
3.3    El propósito: .....	41
3.3.1    Preguntas de reflexión:.....	41
3.4    Unidad de análisis: .....	41
3.5    Recolección de la información: .....	42
<b>4    Capítulo 4: Estudios de Caso.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1    Participante 1 .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2    Participante 2 .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3    Participante 3. ....</b>	<b>50</b>
<b>5    Capítulo 5: Resultados.....</b>	<b>53</b>
<b>6    Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>61</b>
<b>6.1    Conclusiones .....</b>	<b>61</b>
<b>6.2    Recomendaciones .....</b>	<b>63</b>

<b>Bibliografía .....</b>	<b>65</b>
---------------------------	-----------

### **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Atención de las mujeres con diagnóstico de NIC-1 .....	12
Gráfico 2: Los 7 tipos de relaciones de pareja según la teoría de la inteligencia. ....	34

### **Índice de tablas**

<b>Tabla 1: PAI-Direccionamiento estratégico.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 2: Promoción por medio de la educación sexual. ....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 3: Componentes de la sexualidad.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabla 4: Variables de investigación. ....</b>	<b>43</b>

## **Introducción**

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más común, tanto que casi todos los hombres y mujeres activos sexualmente lo contraen en algún momento, sin embargo, la mayoría de ellos no es consciente o no encuentra síntomas que lo lleven a un diagnóstico, a menos que se realice controles frecuentes o que, la infección derive en sintomatología notoria como lo son verrugas genitales o, incluso Cáncer de Cuello Uterino (CCU).

A pesar que existe una vacuna de prevención y un tratamiento de curación a la sintomatología, la vida sexual y emocional de las mujeres diagnosticadas puede verse drásticamente afectada por factores como la culpa y el temor, llevándolas en muchos casos al rompimiento de sus relaciones. Sin embargo, también es posible que el diagnóstico les permita reflexionar frente a sus hábitos sexuales, de aseo y entender las relaciones de pareja desde una perspectiva diferente.

El presente trabajo de investigación, se basó en la Trayectoria Biocognitiva de tres mujeres que fueron diagnosticadas con VPH en el municipio de Fusagasugá, es por esto que se enfocó en tres diferentes aristas como lo son (física, emocional y sexual) y como estas se relacionaban con la enfermedad, sus consecuencias y aprendizajes tanto en su relación con ellas mismas como con sus parejas.

Actualmente, el Virus del Papiloma Humano (VPH) se ha popularizado, debido al fácil contagio por vía cutánea-genital. Según el Instituto Catalá de Oncología (2007), se trata de un virus de transmisión sexual que ataca la vagina, vulva, ano y pene; es frecuente que sea asintomático, lo que dificulta su diagnóstico y dificulta el proceso de eliminación; aunque

generalmente se cura solo, permanece en el cuerpo 1 o 2 años lo que aumenta el riesgo de contagio.

Un estudio realizado por el Instituto Catalá de Oncología (2016), muestra que en el mundo existen cerca de 291 millones de personas infectadas con los virus 16 y 18, los cuales tienen una mayor permanencia en el cuerpo. Esta cifra está compuesta principalmente por mujeres jóvenes o mayores de 65 años; entre ellas, el 44% suele tener una prevalencia de esta enfermedad a largo plazo en su cuerpo.

El VPH es uno de los principales causantes del Cáncer de Cuello Uterino (CCU), que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2012, cobró la vida de 270.000 mujeres en el mundo. Cabe anotar que el CCU solo se logra detectar en un tiempo de 5 a 10 años posterior al contagio del VPH, a partir de síntomas como sangrado inter-menstrual o después de actividad sexual, dolor de espalda, cansancio y flujo vaginal oloroso, entre otros. Por lo anterior, en algunos países se ha optado por la aprobación de la vacuna contra el VPH (OMS – 2015), como forma de proteger a la población femenina, que es la más propensa a adquirir el virus.

La forma más común de contagio del VPH es el contacto genital y el coito vaginal o anal, aunque se han identificado casos de contagio a los bebés por una forma perinatal. El Instituto Catalá de Oncología (2017), indica que uno de los mayores factores de riesgo es el inicio temprano de la vida sexual, puesto que la mujer posee inmadurez cervical tanto en la deficiencia del flujo como en la ectopia cervical, lo cual genera una mayor receptividad del cuerpo al VPH. De igual forma, es importante saber que tanto el cambio constante de pareja sexual como también el consumo de tabaco potencializa el contagio en la persona (OMS, 2015).

Dentro de las iniciativas propias que puede tener la persona para prevenir el contagio del VPH está tratar de tener un conocimiento del recorrido sexual de su pareja y el uso permanente de condón, aunque no es totalmente seguro puesto que el contagio no es solo genital si no cutáneo y depende de la ubicación del virus. En dado caso que este esté por fuera del área cubierta por el condón no va a tener eficacia. (Office of Women's Health)

Debido a lo anterior, la OMS ha planteado unas bases que se deben implantar en la sociedad para la prevención de esta ETS que involucra educación sobre la enfermedad, sensibilización, movilización, vacunación, detección, tratamiento y cuidado, en el cual se diseña un protocolo de intervención desde la prevención hasta la forma en la que se debe hacer cuidado en caso de tenerla.

Actualmente, Colombia cuenta con uno de los mejores programas inmunológicos del mundo que ha venido apoyando la vacunación de niñas y jóvenes para la prevención temprana del virus. La médica patóloga- epidemióloga Nubia Muñoz, nominada al premio Nobel de Medicina, ha investigado por más de 30 años la relación directa entre los VPH de alto riesgo y el CCU. El resultado de sus estudios ha sido clave para que las farmacéuticas Merck y Glaxo, se interesen en la creación de una vacuna contra el VPH (Cromos, 2015). Las primeras pruebas se hicieron con animales en una duración de 10 años y posteriormente con mujeres de 30 países diferentes entre los 9 y 45 años. Aunque dentro de los resultados obtenidos se identificó efectos adversos como mareo, dolor local y fiebre, que se iban al paso de los días, se logró demostrar su eficacia en la prevención de lesiones precancerosas.

Existen también otras corrientes médicas que se oponen a la aplicación de la vacuna. Un ejemplo de ello, se encuentran en las ponencias presentadas en el Simposio de Autoinmunidad de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, en las que se



recomendó precaución en la aplicación de la vacuna puesto que puede generar efectos adversos relacionados con los problemas inmunológicos, por lo que sugieren hacer estudio previo que evalúe dichos antecedentes y su condición actual; para así poder tomar decisiones asertivas en cada caso particular. Aunque esto sería lo ideal, el inconveniente se presenta en el hecho de que estos análisis tienen altos costos que encarecerían aún más el proceso de vacunación (El Universal, 2015).

Las investigaciones realizadas en este campo han representado un aporte importante puesto que han arrojado datos importantes frente al contagio, las vacunas y sus efectos secundarios, su incidencia sobre el CCU, sus tratamientos y la eficacia de los mismos.

Es importante tener en cuenta que se han venido desarrollando pruebas de fácil acceso para la detección de la enfermedad con el fin de prevenir un futuro CCU, las cuales ha resultado efectivo en un 52% de los casos.

Según datos de la OMS (2015), actualmente existen 3 tipos métodos de detección del VPH:

**1. Citología Convencional:** también llamada Papanicolaou, es una prueba que se encarga de encontrar las células anormales que se pueden convertir en cancerígenas como también de detectar inflamaciones e infecciones (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

**2. Pruebas de detección de VPH de alto Riesgo:** estas pruebas son enfocadas directamente en identificar el tipo de VPH que posee la persona, identificando principalmente los VPH de alto riesgo (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

**3. Base Líquida:** se considera como una de las más completas ya que permite identificar si existe alguna anormalidad en las células, infecciones o inflamaciones, igual que diagnosticar el tipo de VPH presente junto con el riesgo del mismo (Instituto Nacional de Cáncer, 2014).

**4. Inspección visual tras aplicación de ácido acético:** actualmente es la forma más sencilla para diagnosticar las lesiones cervicales precancerosas de forma temprana, esto posterior a la aplicación de ácido acético al 5% (IVA) o solución Yoduyodara (IVL). Esta prueba es muy eficaz ya que se obtiene el resultado inmediatamente sin la necesidad de un laboratorio. Dependiendo el cambio de color que se dé posterior a la aplicación se logra diagnosticar el nivel de riesgo de cada caso. (OMS – 2014).

Es necesario tener en cuenta que se trata de un diagnóstico que no tiene cura puesto que es el mismo organismo el encargado de la eliminación de este virus. Los tratamientos existentes están enfocados a la eliminación de los síntomas que ocasiona el VPH, como lo son las lesiones, las verrugas entre otras. Otro punto importante es que el hecho de que los síntomas desaparezcan y ya no hayan molestias no significa que el virus no siga presente, por lo que es importante preservar los cuidados en las relaciones sexuales y estar en constante chequeo médico. Parte de la persistencia de la enfermedad en el cuerpo, se explica por el hecho de que es posible que buena parte las personas desarrollen anticuerpos pero estos no sean suficientemente potentes para generar una protección, por lo que se sugiere hacerse constantemente el examen del Papanicolaou para en dado caso lograr atacar la enfermedad más eficazmente.

En el momento en que se da una lesión persistente o el diagnóstico de CIN-2/ Anomalía Grave, es necesario tener en cuenta que la persona diagnosticada, tiene que ser tratada con ciertas condiciones para lograr la eliminación de los síntomas del VPH y evitar el CCU, es por esto que se cuenta con 4 tipos de tratamiento (Instituto Nacional de Cáncer, 2014):

**LEEP:** es una escisión electro-quirúrgica con la cual se encarga de funcionar como un cuchillo para cortar el tejido afectado

**CRIOTERAPIA:** en este procedimiento se congela el tejido infectado con el fin de destruirlo.

**LASER:** se hace uso de un estrecho rayo de luz, el cual destruye y extirpa las células anormales.

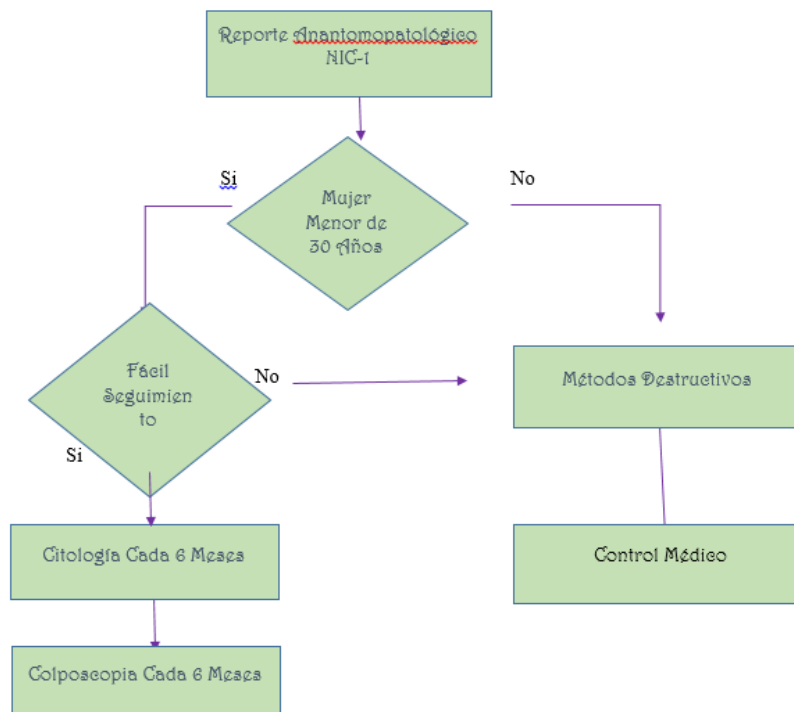
**CONIZACIÓN:** se basa en la extracción del tejido infectado en forma de cono con un bisturí.

Posteriormente a estos procedimientos es importante realizarse chequeos frecuente durante aproximadamente 20 años, ya que aunque la persona no continúe con los síntomas es propenso a que se le desarrolle de nuevo en cualquier momento. El problema principal de la persistencia de esta enfermedad en el cuerpo es el CCU, que nace como la secuela de una infección persistente que no fue tratada, y que actualmente se ha convertido en el motivo más frecuente de muerte femenina.

El proceso de generación del CCU es progresivo y puede variar en el tiempo según las condiciones de salud de la persona. Inicialmente se puede evidenciar que el epitelio se ve infectado por el VPH y si este no es tratado y eliminado ocasiona una alteración en las proteínas E7 y E6 lo cual provoca una lesión intra-epitelial de bajo grado y es allí donde este se integra con el genoma vital, ocasionando una lesión de alto grado que genera una clonación de la expresión, llevando esto a un carcinoma In Situ o carcinoma micro o invasivos (Universidad Nacional, 2006).

Se ha podido ver que los diagnósticos de neoplasia intra-cervical se derivan en la mayoría de los casos de un diagnóstico de VPH. Gran parte de la preocupación de este diagnóstico radica en que en caso tal que éste persista se llega a la solución de métodos destructivos para lograrlo eliminar del cuerpo. Por lo cual a continuación veremos la forma de atención en las mujeres tras un diagnóstico de NIC 1, sea cual sea el proceso a seguir, es necesario estar en unos constantes chequeos para ver la evolución del cuerpo tras el procedimiento

**Gráfico 1: Atención de las mujeres con diagnóstico de NIC-1**



Fuente: Ministerio de Salud, Colombia.

Para poder ofrecer alternativas de solución frente a esta enfermedad, es importante tener en cuenta las dinámicas sexuales actuales puesto que la promiscuidad es el caldo de cultivo para un aumento la proliferación de la enfermedad.

En Colombia se han venido adoptando algunas medidas desde la PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) como la aplicación obligatoria de la vacuna del VPH a las niñas

escolarizados como no escolarizadas. A continuación se presenta la normativa del Grupo de Gestión de calidad PAI – Direccionamiento Estratégico.

**Tabla 1: PAI-Direccionamiento estratégico.**

<b>Proceso involucrado</b>	<b>Norma</b>	<b>Fecha de expedición</b>	<b>Expedida por</b>	<b>Título</b>	<b>Artículos</b>
Gestión operativa del programa	Circular conjunta 041 del 13 de agosto del 2012	Agosto 13 de 2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano al esquema nacional	Circular conjunta 041 del 13 de agosto del 2012
Gestión operativa del programa	Ley 1626 de enero 2013	Abril 30 de 2013	Congreso de la Republica	“Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer Cérvico uterino y se dictan otras disposiciones”	Aplica toda la Ley
Direccionamiento estratégico	Circular conjunta 019 del 27 de mayo 2013	Mayo 27 de 2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Del MSPS y el Ministerio de Educación Nacional, como respaldo a la gran jornada de vacunación nacional contra el VPH.	Aplica toda la circular

Fuente: Grupo de Gestión de Calidad PAI (2016).

En Colombia se empezó a aplicar la tetravalente (Gradasil), que combate 4 tipos de VPH (6, 11, 16, 18) y se encarga de prevenir el cáncer cervical y vaginal, lesiones pre-cancerosas y displacias, como también verrugas o infecciones persistentes. Esta vacuna fue aplicada a niñas de colegios de cuarto año que superaran los 9 años, es aplicada en tres dosis distribuidas en el día

de la aplicación de la primera dosis (0), a los 6 meses de la primera dosis y 60 semanas de la primera dosis.

Según lo estipulado por el programa de inmunizaciones PAI esta vacuna tiene una eficacia entre el 93.3% – 98.9% sobre la neoplasia cervical, más del 95% en la prevención de las verrugas y neoplasias intra- vaginales y tiene una prevención para las lesiones pre-cancerosas ocasionadas por el VPH 16 y 18.

La investigación se enmarco en el modelo de Trayectorias Biocognitivas, lo que facilita la comprensión de las interacciones entre los sub-sistemas que abarcan la evolución de la enfermedad y el curso vital de la persona diagnosticada. Se busca hacer un contraste de los correlatos dados y las experiencias biográficas de las patologías para posteriormente, generar una modelización en la que se pueden ver las múltiples variables, los sistemas o las dimensiones en juego en la aparición, el diagnóstico y el curso de la enfermedad.

Esta mirada, especialmente en enfermedades de tipo inmune, permite responder las preguntas sobre la relación que se da entre la cultura, la sociedad, la emoción y otras variables de este tipo, por lo que este proyecto permite abrir nuevos horizontes hacia el afrontamiento, predicción y prevención junto al mejoramiento del curso de la enfermedad en el paciente.

Actualmente, la biología se ha enfocado en los factores psicológicos y sociales de la enfermedad puesto que la cognición y las reglas morales son fundamentales para afrontarla; esencialmente el apoyo social y la autopercepción juegan un papel muy importante en el proceso. La metodología planteada, propone integrar las variables psicosociales y biológicas para hacer una reconstrucción de la trayectoria biográfica del individuo, lo cual facilita ver cada etapa de

forma individual y permite plantear proyecciones de los ritmos de variación y las posibles relaciones a futuro que se generen con respecto a la temporalidad.

Se ha venido hablando de la importancia que tienen en el proceso de sanación el asumir una actitud proactiva y optimista, lo que activa el eje pituitario-adeno-cortical en los momentos de estrés y ocasiona la inhibición de las respuestas inmunológicas por ciertos bloqueos en las células. Está comprobado que tener una expresión emocional positiva, ayuda a largo plazo a aumentar el tiempo de vida puesto que genera una re-interpretación de la enfermedad que le permite encontrar en ella nuevos significados y revalorarlos positivamente, lo cual facilita el replanteamiento de las metas de vida y disminuye su impacto.

Esta actitud se encuentra directamente relacionada con la funcionalidad, la satisfacción hacia la vida, el dominio de la enfermedad y el desempeño sexual de la persona ya que estas actitudes ayudan a la forma en la que ésta decide ver y afrontar la experiencia.

Por lo anterior, dar cuenta del entorno psicosocial (favorable o no) permite una mejor comprensión de la enfermedad y del estado anímico de la persona, generando así estrategias de adaptación adecuadas, lo cual es posible por medio de los procesos psicofísicos que desaceleran los parámetros de progresión de la enfermedad y la generación de mecanismos compensatorios de respuesta inmunológico con efecto protector sobre el cuerpo.

Es por esto que esta investigación cobra relevancia en el caso de abordar el fenómeno “Mujeres diagnosticadas con VPH” desde las Trayectorias Biocognitivas ya que permite ver otros aspectos psicosociales como en este caso fueron “ La Sexualidad y Las Relaciones de Pareja” reflejándolas como una condición que transforma las historias de vida de la paciente, incorporando elementos adicionales dentro del abordaje del problema como la experiencia,

historias de vida y una lectura de contexto en el cual realiza su conexión con el mundo y los procesos psicológicos del sujeto en estudio.

Como se mencionaba anteriormente las Trayectorias Biocognitivas es un marco que se ha venido desarrollando principalmente en pacientes diagnosticados con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) con buenos resultados, razón por la cual se utilizó la metodología en una enfermedad diferente, con el objetivo de evaluar su pertinencia en otras enfermedades de componen inmune.

De igual forma se busca salir de los cánones ya establecidos con el VIH y poder hablar de la afectación del componente cognitivo sobre el biológico en el VPH, logrando a su vez abordar y dar nuevas bases para el diseño de programas de promoción y prevención, dado que el VPH es una enfermedad mundial que azota en la actualidad y requiere de una mayor atención e investigación para evitar el contagio, afrontamiento y disminución de nuevas víctimas mortales.

En esta investigación se abordó aspectos o sub-sistemas a tener en cuenta al momento de entender la enfermedad como lo son las relaciones de pareja; entendiéndolas desde el planteamiento de Robert Sternberg (2007) como: “la combinación de intimidad, pasión y compromiso” y las relaciones sexuales, desde el punto de vista de Octavio Ortega (2007) entendidas como el acto que consiste en dar y recibir caricias eróticas con el fin de llegar a la penetración sin la garantía de una relación más duradera o de una no afectación del bienestar físico y mental.

Durante muchas generaciones, el sexo ha sido catalogado como un tabú, cuya función principal era la reproducción. Por esta razón la identidad y la vida sexual se empiezan a desarrollar sin conocimiento alguno. Aun así, los jóvenes exploran desde temprana edad su



sexualidad ya que es considerada como aquella capaz de generar una autonomía y libertad en los mismos (Delpino, 2013). Sin embargo, se están exponiendo a situaciones de riesgo por desconocimiento y Mitos, que exponen a los adolescentes a enfermedades de transmisión sexual y embarazos a temprana edad (Asociación de la Salud con Prevención, 1999).

Para este estudio, es fundamental evidenciar la forma en la que la sexualidad afecta el desarrollo de las relaciones de pareja, ya que se ha demostrado que un buen desempeño en este aspecto conlleva a mayores niveles de apoyo, cuidado e intimidad. La falta de una sexualidad adecuada genera rupturas por temas de comunicación, interés, monotonía, entre otros (Romero L, 1998).

Empezar por un repertorio de preferencias sexuales es fundamental al momento de hacer una construcción efectiva de los gustos, donde además de ver el sexo como un sentimiento se ve desde diferentes variables como la necesidad o el disfrute, lo cual permite que la persona genere una definición frente a las relaciones que establece, bien sean formales o informales, ayudando al fortalecimiento de su auto concepto (Delpino, 2013). Es importante tener en cuenta que en este proceso se pone en juego la autoestima como también el equilibrio psicológico, por lo que se debe hacer de forma cuidadosa y meticulosa.

Normalmente, las conversaciones en torno a la sexualidad se desarrollan partiendo del desconocimiento del tema, por lo que es necesario generar un dialogo libre de tabúes, para que se dé un entendimiento de la sexualidad en lo que corresponde al conocimiento, vivencia y el buen desarrollo de una sexualidad sana y con madurez (Romero L, 1998). Realizar procesos adecuados de educación ayuda a postergar el inicio de la vida sexual y genera un conocimiento integral de los beneficios y consecuencias que esta conlleva.

**Tabla 2: Promoción por medio de la educación sexual.**

<b>Autoafirmación personal</b>			
<b>Conocimiento</b>	<b>Actitudes, Valores</b>	<b>Autoestima</b>	<b>Habilidades Sociales</b>
Información básica de la sexualidad que le permite tomar decisiones adecuadas.	Responsabilidad Libertad Autonomía Respeto Reciprocidad Sexualidad	Sentido de valoración personal Sentido de auto-confianza Imagen positiva	Toma de decisiones Solución de problemas Comunicación Asertividad Destrezas en el uso de métodos anticonceptivos.

Fuente: Romero (1998).

En la población juvenil se logra evidenciar una gran cantidad de temores frente a la experiencia sexual, no saben a qué edad es adecuado tener su primera relación, por lo cual muchas veces se ven presionados por sus pares, existe un temor generalizado frente a su desempeño en esa primera vez (Delpino, 2013). La falta de claridad en los procesos de educación sexual ha ocasionado que los jóvenes busquen fuentes como las redes sociales y los medios de comunicación, lo que los pone en un riesgo mucho mayor.

Esta investigación busca desarrollar la Trayectoria Biocognitiva Sexual en pareja, de mujeres del municipio de Fusagasugá diagnosticadas con el Virus del Papiloma Humano, no solo desde la relación ejercida entre la sexualidad y la enfermedad; si no desde los procesos de acoplamiento en las relaciones de pareja y las relaciones coitales.

Por medio de esta investigación se buscó dar cuenta del desarrollo temporal de la vida sexual en pareja tras el diagnóstico de VPH lo cual se evidencia tras la descripción de la trayectoria sexual en pareja de las mujeres diagnosticadas con VPH y la transformación de las relaciones de pareja a partir del diagnóstico del VPH. Por otro lado se pretende abrir la posibilidad de trabajar las Trayectorias Biocognitivas desde otras enfermedad lo cual permita un anclaje de la cognición y lo biológico al momento de abordar una enfermedad y poder

implementar este abordaje a los servicios medios por medio de una atención integral de la enfermedad.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo general.**

- Describir la Trayectoria Biocognitiva de la sexualidad en pareja de mujeres del Municipio de Fusagasugá en torno al diagnóstico del Virus del Papiloma Humano.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Examinar cómo se transforma las relaciones de pareja a partir del diagnóstico de VPH.
- Comprender como se da el desarrollo temporal de la sexualidad en conexión a las relaciones de pareja y el VPH.

## **1.2 Justificación**

Esta investigación además de tener el propósito personal de poner sobre la mesa la relación que se entreteje entre la vida sexual de las personas, las relaciones de pareja y el Virus del Papiloma Humano; tiene una gran relevancia social, ya que apunta a mejorar la calidad de vida de personas diagnosticadas, teniendo en cuenta que somos seres integrales a los que nos afecta no solo la salud física, sino también el estado psicológico, las relaciones sociales y la forma como interactuamos con el entorno (OMS, 2005).

Otro aspecto fundamental para los seres humanos es el sexual entendido como los actos coitales, que ayuda a disminuir los niveles de irritabilidad y de agresividad; adicionalmente

mejora el sistema inmunológico, que juega un papel fundamental en el desarrollo del VPH. La sexualidad, entendida de manera integral cuenta con un componente afectivo que actúa como medio de comunicación, cariño y apoyo en momentos en los que la sexualidad no se manifiesta a través del coito (Delpino, 2013).

El disfrutar de una sana sexualidad trae beneficios importantes para la vida que a la larga se torna más feliz y placentera, adicionalmente, genera buena salud y calidad de vida. Por el contrario, mal enfocada, provoca conflictos, sentimientos de culpa, frustraciones y abusos lo que termina por jugar en contra para la vida de las personas (Asociación de la Salud con Prevención, 1999).

El diagnóstico de una enfermedad de transmisión sexual, como el VPH, trae consecuencias significativas no solo para la persona directamente afectada sino para su pareja, por lo que diseñar un proceso de intervención integral, es clave para afrontar la enfermedad de la manera adecuada sin ocasionar daños colaterales.

Las Trayectorias Biocognitivas de la sexualidad permiten identificar la multi causalidad donde se evaluarán diferentes factores (VPH y las relaciones de pareja), para así lograr evidenciar como se transforman las relaciones a partir del diagnóstico y como se enfrenta la enfermedad sin afectar el vínculo.

### **1.3 Pregunta de investigación**

Para el diseño de la investigación se planteó la siguiente pregunta:

*¿Cómo se desarrolla la Trayectoria Biocognitiva Sexual en pareja de mujeres del Municipio de Fusagasugá en torno al Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano?*

El presente trabajo ha sido elaborado en seis capítulos: en el primero se presenta la introducción, justificación, objetivos y pregunta de investigación. En el capítulo dos, el marco teórico que da sustento científico a la investigación planteada. El tercero plantea la metodología de la investigación.

El cuarto muestra los estudios de caso de las tres personas a las que se les hizo el análisis. En el quinto vemos los resultados. En el sexto, las conclusiones y recomendaciones.

## **Capítulo 2: Marco teórico**

El capítulo dos presenta el marco teórico con base en el cual se diseñó e implementó la investigación, el cual se encuentra dividido en dos partes, la primera propone la información de las corrientes psicológicas en las cuales se soportó la investigación, como las Trayectorias Biocognitivas propuesta por Martínez (2009) y la Psiconeuroinmunología (PNI) de los doctores Solomon, Arder y Cohen (1982).

La segunda parte enmarca y delimita el concepto de sexualidad con base en el cual se realiza la investigación; vista no solo como la relación coital si no como un todo que involucra tanto el cuerpo como la mente y el espíritu OMS (2006). Finalmente, se presenta la teoría de Sternberg (2007) frente a los tipos de relaciones de pareja con base en la cual se evaluó este aspecto a la luz de la presente investigación.

### **2.1 Bases teóricas**

#### **2.1.1 La Psiconeuroinmunología (PNI)**

Desde la época de Galeano en Occidente se empezó a hablar del papel que juegan las emociones en la salud de los seres humanos. Este planteamiento fue dejado de lado por la medicina alopática, lo cual ocasiono que el cuerpo y la mente se vieran como entidades separadas ocasionando a su vez una independencia entre el sistema nervioso, endocrino, inmune y la psique.

George Engel en el año 1997, retoma estas ideas reconsiderando el modelo Biomédico a través del modelo Biopsicosocial, el cual permitió ver al ser humano como una unión entre factores (Sociales, biológicos y humanos) los cuales permiten el deterioro o beneficio de la salud

(Mocoso, 2009). Lo cual se podía evidenciar en situaciones estresantes, las cuales afectan directamente los sistemas del funcionamiento humano, viendo así directamente la relación entre cuerpo y mente.

En este sentido, Moscoso afirma que nuestras creencias, formas de pensar y sentimientos “no son nada menos que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo” (2009)

Eiguchi y Soneira (2002) afirma que en la década de los 80` se generó la explosión de las investigaciones relacionadas a la forma en que las emociones, comportamientos y pensamientos logran mediar las funciones endocrinas e inmunológicas. Es por esto que en esta época se evidencia el surgimiento de artículos en relaciones a la Neuroendocrinología, Inmunoendocrinología, Neuroinmunología y Psiconeuroinmunología donde plantea una nueva forma de entender al ser humano “Un todo” y a la enfermedad como “Un desequilibrio” de los estímulos electrofisiológicos o emocionales (Intebi, 2012).

La PNI es una ciencia transdisciplinaria que se encarga de investigar y dar cuenta de las interacciones que se dan entre el cerebro (Mente/Conducta) por un lado el sistema inmune y sus consecuencias clínicas; por el otro, tal como ha sido planteada por los doctores Solomon, Arder y Cohen (1982).

En la obra en cuestión, los autores la plantean como una filosofía que intenta conceptualizar la mente y el cuerpo. En los 60's, Salomón y Vessey, a partir de pruebas con ratones de laboratorio, han puesto en evidencia la relación que se genera en los momentos de

estrés con la disminución de anticuerpos inmunes; lo que le permite plantear que existe una relación bidireccional entre el sistema nervioso y la variedad de procesos inmunológicos que se generan en el cuerpo.

La PNI permite evaluar la relación que tiene el organismo con la capacidad de regular y coordinar su propia conducta y fisiología en los distintos obstáculos de la vida. Estos enfoques logran salir a flote gracias al rompimiento de la dicotomía mente cuerpo la cual permite entender que existe una relación ente cuerpo – médico y que esta depende directamente con la significación que le da la persona a sus experiencias físicas.

Es importante tener en cuenta que la PNI ha permitido entender los procesos comunicativos entre la cognición y la biología, logrando así generar nuevos caminos para la significación de las enfermedades y ver los diferentes caminos que llevan a salud (Martínez, 2001). Con base en lo anterior, la Teoría Biocognitiva plantea la relación entre cognición y biología como un proceso que no se puede separar de la mente, cuerpo e historia cultural en el campo de la Bio-información.

Para la presente investigación, el modelo de Trayectorias Biocognitivas fue clave puesto que rompe la frontera que se genera entre la biología reduccionista y la dicotomía mente-cuerpo de la filosofía dualista, por lo cual es inseparable mente y cuerpo, las cuales se unen a la historia cultural del sujeto.

### **2.1.2 Trayectorias Biocognitivas desde una mirada analítica.**

La Teoría Biocognitiva propuesta por Mario Martínez en 1998, emerge tras la PNI que había venido desarrollando aportes en los últimos 30 años al conocimiento de los procesos comunicativos entre la biología (sistema inmune, endocrino, nervioso) y la cognición. Es por eso



que Martínez en el año 2009 nos habla de que es necesario la introducción de un nuevo modelo que no excluya los demás procesos orgánicos que co-contribuyen como si lo hace la PNI que abarca únicamente los conductos nerviosos, endocrinos e inmunológicos (NEI). Es por esto que se “ha creado un enfoque fragmentado que no abarca la totalidad contextual de lo que presume investigar” (p. 2).

Santiago en su texto del 2001 nos menciona que si bien la PNI ha intentado romper con esta dualidad de mente-cuerpo, se ha limitado a considerar el estrés como el único primordial en los procesos de aversión en la comunicación de la mente-cuerpo, esto debido a la contribución de Selye (1956) donde nos referencia un modelo mecánico del estrés. Es por esto que Martínez (2001) nos dice que si bien es uno de los elementos de las interpretaciones cognitivas aversiva, esta no es la única manera. En este mismo sentido es importante entender que las predisposiciones genéticas y los estresores ambientales a los cuales se expone el ser humano, permite la comprensión de procesos Biocognitivos (Cultura, mente y cuerpo) que influyen en la salud sin ser causados directamente por el estrés, ni iniciados por los conductos NEI.

Con el fin de lograr explicar esta última causalidad se retoma la causalidad descendente donde se otorga la casa al nivel más complejo de un organismo desde arriba hacia abajo dando cuenta así de los procesos microbiológicos desde el nivel cognitivo. Esto ocasiona sustituir el reduccionismo con el expansionismo donde dar solución a lo realmente importante que es el dualismo “mente – Cuerpo”.

Martínez (2009) nos dice que estas limitaciones se nexan con el lenguaje heredado de la física Newtoniana y a medida que la PNI y las ciencias biológicas se apropian de la causalidad ascendente, empiezan a tribuir la causa desde el nivel más reducido de un organismo para

explicar los procesos mentales desde niveles celulares o moleculares. Es por esto que se habla de una Co-emergencia contextual (CC) y el reemplazo de la biología mecánica por un modelo de Bio-información (Martínez 2001).

El modelo de trayectorias Biocognitivas abre la posibilidad de ver nuevos horizontes que permitan la comprensión de salud y enfermedad, este modelo se logra aproximar a lo sistémico y genera una reflexión distinta con respecto a la comprensión de la enfermedad como un problema generado en la organización y dinamicidad del conjunto que compone el organismo.

Esto se logra evidenciar desde las primeras posturas propuestas por Maturana y Varela (2000), que plantean la comprensión de los organismos vivos como unidades cerradas y productores de sus propios componentes, en los que se genera una renovación de sí mismos a partir de una organización estructural específica; creando de forma autónoma la regeneración y mantenimiento de su estructura (autopoiesis); sin dejar de verlo inmerso en un entorno específico abierto, lo cual supone una constante tendencia a la inestabilidad y movimiento que permite y garantiza el proceso de auto-regeneración.

Capra (1996), incluye un concepto vital para entender la Autopoiesis: las estructuras disipativas, que son aquellas que tienen lugar en los procesos físicos y químicos y aportan a la comprensión de los sistemas biológicos; hablando de los patrones de organización que se expresan en la estructura material del organismo viviente y su entorno.

Respecto a la cognición, es importante tener en cuenta que se construye en la interacción y sirve como una herramienta que le permite representar su vida incluyendo las emociones, acciones y percepciones (Maturana y Varela, 2000), esto permite expresar la propia experiencia del organismo vivo dándole forma y sentido al entorno en el cual se desarrolla. Si bien se puede

ir moviendo en relación a los sucesos, es importante tenerla en cuenta puesto que presenta una representación del mundo con respecto a lo que ha vivido el individuo.

Las nuevas posibilidades que han venido desarrollando, facilitan el acercamiento a las lógicas de sentido y de pensamiento, lo cual se desarrolla en un marco económico-cultural (contexto) en el cual se produce la enfermedad, es por esto que el reto más fuerte es lograr recuperar las relaciones que se producen en la experiencia de los individuos con respecto a los comportamiento neuro e inmunológicos los cuales se precisan a partir de los pensamientos y reacciones que se dan en las circunstancias de la enfermedad, esto se logra entender a partir de la resiliencia y la capacidad del ser humano para sanar por sí mismo.

Para generar este modelo fue necesario el rompimiento de la dicotomía mente – cuerpo gracias a los primeros estudios de la Psiconeuroinmunología a partir de la relación de los estados mentales con la capacidad del sistema inmune para responder adecuadamente frente a una enfermedad. Posteriormente, se genera el modelo Biocognitivo que ve al hombre como una totalidad dinámica la cual se integran la mente, cuerpo, historia personal y cultura de origen del individuo con el fin de ampliar los campos de bio-información donde los procesos son simultáneos y reflejan la actividad de la totalidad del campo y su interacción con otros. Se hace evidente en este modelo la influencia manifiesta de los eventos Biocognitivos en la psique y biología de la persona, es por esto que la indefensión del cuerpo en las expresiones cognitivas se entiende como el miedo y la desesperanza que afectan el sistema inmune.

Es importante tener en cuenta que el cuerpo genera una memoria Biocognitiva que queda archivada simultáneamente en el campo biológico y mental, lo cual genera susceptibilidades a un suceso repetitivo frente a situaciones similares vividas anteriormente. De igual forma se genera la posibilidad de ver los procesos como una realidad relativa creada por la mente, cuerpo y

cultura. En el campo de la bio-información se genera una interpretación del mundo personal por medio de los códigos bioéticos. Un ejemplo de ellos es el portero, que genera la desesperanza; el ejecutor, que se encarga de la auto-crítica y sabotaje y el pionero, responsable de la empatía y amor.

Para abordar las Trayectorias Biocognitivas de pacientes diagnosticados con VPH es necesario realizar el análisis multi-sistémico de las Trayectorias Biocognitivas, propuesto por Martínez, Caicedo y Aponte (2012). Por medio de la observación sistémica, un registro comportamental y el seguimiento a la interacción de las variables seleccionadas, el modelo busca evidenciar la complejidad y las Trayectorias Biocognitivas.

De igual forma, se toman como referencia la Psiconeuroinmunología y la Teoría Biocognitiva como el sustrato epistemológico que estudia la relación que se genera entre las Trayectorias Biocognitivas y la cognición; lo que da como resultado una visión integral de la vida del paciente. Este modelo, permite ver sincronías, diacronías, regularidades y patrones en las variables que se toman a consideración con el fin de generar simulaciones, modelaciones y análisis comparativos que facilitan la comprensión de la interrelación de las variables como también la generación de modelos de predicción para el comportamiento de la enfermedad.

## **2.2 Sexualidad**

Si bien la percepción de la sexualidad parte de factores individuales, es fundamental entender la influencia que tienen las relaciones familiares, el entorno social y cultural y la significación que le den sus pares y su pareja. El auto-concepto y la libertad sexual toman fuerza en la adolescencia, siendo esta una etapa de exploración y descubrimiento en la que generalmente se presentan desacuerdos con el grupo afectivo (Instituto Nacional de las Mujeres,

S.F). Las hormonas se alborotan y se aumenta el interés por las relaciones sexuales, lo anterior, sumado a una serie de cambios físicos y emocionales que intensifican la búsqueda del placer físico y la curiosidad de probar diferentes formas de obtenerlo.

Aunque el cuerpo adolescente está lleno de ganas de explorar nuevas sensaciones, existen una serie de mitos sociales sobre el sexo que los coaccionan y atemorizan (Instituto Nacional de las Mujeres, S.F) En este sentido es importante trabajar en el auto-concepto y en la comprensión clara de lo que está sucediendo para evitar acciones que puedan poner en riesgo la salud tanto física como emocional del joven.

Según cifras del DANE (2016), en Colombia, el 12,4% de los niños, tiene su primera relación antes de los 12 años; mientras que el 83,83% inicia su vida sexual entre los 12 y los 18 años. Estas cifras revelan otros temas relacionados como el aborto, el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, lo que pone de manifiesto la urgencia de presentar una correcta educación, que minimice los riesgos a los que se exponen los niños y jóvenes, en la mayoría de los casos por desconocimiento (Delpino, 2013).

La sexualidad no debe verse como un factor aislado. Para su correcta comprensión deben tenerse en cuenta todos los aspectos físicos, biológicos y de género que la componen.

**Tabla 3: Componentes de la sexualidad.**

<b>La Sexualidad Comprende</b>		
<b>Actividad Sexual</b>	<b>Factores Bilógicos</b>	<b>Experimentación</b>
Identidad de genero	Psicológicos	Pensamientos
Orientación sexual	Sociales	Fantasías
Erotismo	Políticos	Deseos
Placer	Culturales	Creencias
Intimidad	Éticos	Actitudes
Reproducción	Legales	Valores

Fuente: Ministerio de salud y protección social de Colombia (2016).

La construcción de la identidad sexual está inevitablemente atravesada por la creación del mundo afectivo, por los gustos personales y su percepción del sexo que va como simple herramienta de disfrute hasta su relación con los sentimientos. De acuerdo con lo anterior, cada uno define sus propias prioridades respecto a la formalidad e informalidad de sus relaciones y fortalece la búsqueda de su propia identidad y auto-concepto (Ministerio de salud y protección social de Colombia 2016).

Para lograr un buen nivel de satisfacción con uno mismo, es importante saber que en este proceso se pone en juego la autoestima y el equilibrio psicológico, por lo cual esta búsqueda debe ser cuidadosa y meticulosa. Los adolescentes pueden ver el ligar (conquistar o coquetear con alguien) como una forma de adquisición de amigos pero también de encontrar una pareja que corresponda a las cualidades físicas, personales, intelectuales y emocionales que busca (Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2016). El compromiso sexual, es la forma de sellar un vínculo con el otro.

Según la Organización Mundial de la Salud 2011, la sexualidad es un aspecto central del ser humano que incluye el sexo, identidad y rol de género, entre otras; de la misma forma se vivencia a través de los pensamientos, fantasías y valores y es influenciado por factores sociales, económicos y culturales. Ellos plantean que:

*"La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La*

*sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"* (OMS – 2006).

Dentro de la amplitud de temas, aspectos y aristas a partir de las cuales se puede estudiar la sexualidad, para efecto de este proyecto se estudió la siguiente:

### **2.2.1 Relaciones sexuales coitales.**

En su definición más básica consisten en el acto de unirse a otro ser humano a través de estímulos eróticos con el objetivo de llegar a la penetración (coito), que consiste en la introducción del pene en la vagina o el ano (Ortega, 2007).

Los adolescentes suelen tener este tipo de experiencias por curiosidad, presión de los pares o la pareja e incluso por dejarse llevar por el momento. Es importante tener en cuenta que el acto coital debe ser una decisión personal y de la pareja donde se tenga en cuenta los riesgos y se busque el bienestar de ambos, de igual forma las relaciones sexuales coitales no garantizan que la relación dure más, o que no se vaya a poner en riesgo la salud física y mental, es por estos que esto implica unos métodos de protección, fidelidad, comunicación y respeto (Ortega, 2007).

### **2.2.2 Virus del Papiloma Humano (VPH).**

Al momento de hablar de esta ETS se encuentra un consenso entre los autores sobre el hecho de que es un virus de transmisión sexual, que se da por medio de contacto genital o cutáneo. Aproximadamente el 80% de las personas, han tenido o tendrán síntomas de la enfermedad, pueden no ser conscientes de esto ya que en la mayoría de los casos esta se muestra de una forma asintomática y desaparece solo. Para desmitificar la enfermedad es importante tener en cuenta que cualquier persona puede ser portador y contagiar a sus parejas; puesto que no importa el

tiempo de su última relación, el virus puede permanecer en el organismo de 1 a 2 años (Instituto Catalá de Oncología, 2007).

Se trata de un virus que suele atacar principalmente la vagina, vulva, ano y pene; donde dentro de las mujeres asintomáticas el 44% suele tener una prevalencia de esta enfermedad a largo plazo en su cuerpo; dentro de estos estudios nos podemos dar cuenta que cerca de 291 millones de mujeres están infectadas con los virus 16 y 18, la población está determinada especialmente por las mujeres jóvenes o después de los 65 años (Instituto Catalá De Oncología, 2007).

Sin embargo, los hombres también pueden presentar el VPH en el pene o la cavidad anal; producto de una relación con una pareja infectada o con prostitutas. Su mayor incidencia se encuentra entre los hombres de 30 – 39 años, aunque su tasa de incidencia es menor, ya que poseen un nivel receptivo bajo del epitelio lo cual evita el fácil contagio y prevalencia de este en el cuerpo (Instituto Catalá De Oncología, 2007).

Esta ETS consta de más de 150 tipo de virus, que se dividen en tres géneros: epitelio cutáneo, epitelio mucoso del sistema respiratorio y epitelio mucoso del tracto ano-genital. Dentro de estos virus se encuentran 35 que se relacionan con lesiones malignas en el ano y 15 relacionadas con el cáncer de cérvix y los VPH 6, 11, 16 Y 18 principalmente generan lesiones, verrugas o cáncer (Universidad Nacional, 2006).

Los VPH se clasifican según su complejidad en: alto riesgo dentro de los cuales se encuentran los virus número (16, 18, 26, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 82) donde dentro de los síntomas se encuentran las infecciones que si persisten generan alteraciones neoplásicas intra-epiteliales como lo son el CIN 1 - 2 – 3(Universidad Nacional, 2006).



Dentro de los Virus de bajo riesgo se encuentran los (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81, CP6108) los cuales forman expresiones en forma de verrugas o condilomas acuminados (Universidad Nacional, 2006). Generalmente se manifiestan en tres momentos, en la primera etapa se ve una infección latente que no demuestra ninguna anormalidad, la segunda fase genera una infección subclínica la cual ocasiona cambios en el epitelio Cervical y posteriormente se presenta un infección clínica la cual posee aparición de tumores visibles (Marcela Lizano, 2009)

Marcela Lizano (2009), habla de dos proteínas en las cuales actúa el VPH, inicialmente la proteína E6 que tiene 150 aminoácidos donde el virus en esta proteína genera un bloqueo de la apoptosis, la cual se encarga de la regulación de la transcripción viral, de igual forma abate la diferenciación celular, como también la interacción intercelular y la E7 que se encargan de la transformación de las proteínas y la interacción ocasionando que se desactive el gen supresor de tumores del retinoblasto.

### **2.2.3 Relaciones de pareja.**

Es innegable que la sexualidad juega un papel fundamental en las relaciones de pareja, entendidas como una forma de demostrar los sentimientos y expresar el cuidado, amor e interés. De la misma manera, la pérdida del interés sexual suele ser síntoma que la relación ha entrado en la monotonía o está presentando problemas (Terapia en pareja, 2008)

Robert Sternberg (2007), plantea que las relaciones de pareja pueden darse de diferentes formas de acuerdo con la relación y co-relación de tres factores fundamentales:

***Intimidad:*** es aquella conexión de dos personas por medio de la confianza, amistad y el afecto de una forma sincera e intensa.

**Pasión:** en ella la conexión física y el deseo es lo más importante ya que se genera la relación sexual.

**Compromiso:** surge cuando la pareja decide no separarse, a pesar de los altibajos por los que se pase.

A partir de ello que Robert Sternberg (2007) propone siete tipos de relaciones de pareja, las cuales se forman de la combinación de dos de los tres factores fundamentales para el entendimiento de las relaciones de pareja:

**Gráfico 2: Los 7 tipos de relaciones de pareja según la teoría de la inteligencia.**



Fuente: Sternberg, R. (2007).

**Relación Amorosa:** es una relación sin compromiso donde el contacto sexual es evidente al punto de que siente la conexión para contarse cualquier cosa.

**Relación Superficial:** en esta relación las personas se tienen la suficiente confianza para mantener relaciones sexuales pero no para adquirir un compromiso.

**Relación Vacía:** se basa en el interés o por el temor de no estar solos, no suelen querer ni desear a la otra persona, solo esperan la compañía.

**Relación Romántica:** reúne dos de los pilares que toda pareja sueña, el amor y el Sexo. Es la más aspirada por muchas personas.

**Relación Social:** la monotonía se vuelve más fuerte que cualquier cosa, es por esto que se mantienen juntos por presión social o temor de no encontrar a otra pareja.

**Relación Desenfrenada:** es aquella donde el sexo sirve como una atadura, ya que puede ser que no tengan un compromiso, pero se les es imposible separarse por la pasión.

**Relación Completa:** reúne los tres aspectos que conforman una relación real, lográndola volver consolidada y duradera.

La relación de pareja es quizás la experiencia más gratificante en la que se ve envuelto el ser humano, razón por la cual ha sido objeto de la atención del hombre desde tiempos muy antiguos. Durante la historia de la civilización la relación de pareja y el amor han sido tema de canciones, poemas, pinturas, esculturas, etc. La psicología ha estudiado también este fenómeno tratando de establecer el origen y las conductas características del amor. Conocer sobre el amor es ahondar en la naturaleza del hombre; la experiencia amorosa se encuentra en todas las culturas (Jankowiak y Fisher, 1992) y es sin duda una de las situaciones más estimulantes en nuestras vidas. Pese a la universalidad e importancia de esta situación solo hace unas pocas décadas que comenzó formalmente el estudio del amor. En este aspecto es posible resaltar los trabajos de Rubin (1970) quien es el primero en descomponer el amor en dos factores: amar y gustar, a partir de los tres componentes primarios del amor: Eros, Storge y Ludos. Sternberg (1986, 1989) establece tres bases fundamentales del amor: intimidad, pasión y compromiso.

Gracias a los trabajos revolucionarios de estos autores, el amor dejó de ser terreno de la filosofía y comenzó a ser parte de los objetos de estudios de las ciencias. El cambio del amor del

objeto al sujeto (Fromm, 1956) y los componentes del mismo (Sternberg, 1986, 1989), constituyen importantes avances por explicar este complejo fenómeno y han incentivado a numerosos investigadores en el mundo a desentrañar esta experiencia. Por otra parte, se concluye que el amor es un proceso netamente biológico y que no representa una característica exclusivamente humana, habiendo otros mamíferos y aves que la experimentan.

Toda relación de pareja es una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor. La neurobiología nos entrega las bases del amor como proceso funcional sistémico; la psicología habla de la relación amorosa como un proceso social en donde factores como el compromiso y la intimidad son necesarios para el amor maduro. Una relación ideal debe poseer los cuatro elementos, sin embargo, es posible establecer relaciones basadas en solo alguno o mezclas de estos elementos. Los tres primeros, de tipo social; el cuarto en cambio es de tipo biológico y se presenta de la misma forma en todas las culturas y sociedades, aunque pese a esto, con variaciones individuales dependientes de la constitución estructural sistémica de cada sujeto.

Se pueden establecer dos tipos de componentes en la relación de pareja: uno biológico y tres sociales:

-El componente biológico: el amor La neuro-biología actual nos entrega información sobre el proceso del amor romántico como una función dada por ciertas estructuras cerebrales y por neurotransmisores específicos que son necesarios para la experiencia amorosa. Para Helen Fisher (1998, 2002) los mamíferos y las aves han desarrollado tres sistemas cerebrales de motivación-emoción que actúan en serie: el deseo o apetito sexual, con una finalidad de apareamiento con cualquier pareja apropiada; una atracción o amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica y un apego duradero de pareja con un fin de crianza de la

prole. Los tres procesos estarían mediados por neurotransmisores específicos. El amor romántico produce placer y está asociado con el sistema de recompensa, el mismo relacionado con la adicción a las drogas (Páez, 2006). El sistema dopaminérgico mesocorticolímbico incluye el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, la corteza prefrontal, la amígdala y el hipotálamo. Otras estructuras relacionadas con el amor romántico son la ínsula medial, el hipocampo, el cíngulo anterior y parte del striatum (Zeki, 2007)

La oxitocina y vasopresina también modulan las preferencias por sexo y parejas (Coria et al. 2008). Inyecciones de oxitocina directamente en el Núcleo Accumbens (NAc) de hembras de ratones de pradera produce preferencia de pareja, mientras que inyecciones de antagonistas de oxitocina en el NAc afectan la formación de las mismas (Coria et al. 2008).

-Los componentes sociales: intimidad, compromiso y romance. Toda relación de pareja se basa en tres componentes sociales: el compromiso, la intimidad y el romance, que poseerán características propias dependiendo de la cultura en donde se lleven a cabo dichas prácticas.

El compromiso hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación (Yela, 1997). Este elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros (Levinger y Snoek, 1972; Altman y Taylor, 1973).

La intimidad tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos

económicos y emocionales etc. “Este componente tiende a aumentar con tiempo de duración de la relación debido a la reciprocidad de autorevelaciones y del número de episodios, metas, amistades, emociones, lugares, etc. compartidos (Rubin, 1973; Levinger, 1988, Sternberg,1988)” (Yela, 1997. p. 3) y una vez llegado al máximo tiende a estabilizarse (Yela, 1997).

El romance (también llamada pasión romántica por Yela, 1997) se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el tiempo de una pareja en una relación, en otras palabras, el romance es un conjunto de acciones que en una sociedad son conceptualizadas como demostrativas del interés de pareja que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro.

### Capítulo 3: Metodología de investigación

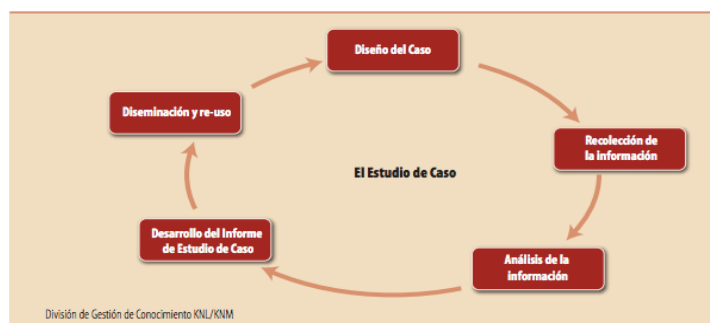
La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, ya que busca obtener una visión general del relacionamiento de las mujeres con sus parejas a partir del diagnóstico de VPH a la luz de la teoría presentada por la PNIE y las Teorías Biocognitivas con el objetivo de entender las transformaciones y cambios de una manera más cualitativa y obtener una visión general sin que necesariamente medie la necesidad de realizar una propuesta de tipo científico o resolver una hipótesis.

Para hacerlo, se definió el Estudio de Caso, que es una metodología usada en las ciencias sociales para comprender las dinámicas de escenarios particulares (Eisenhardt, 1989).

Yin (1994), lo define como "una investigación empírica de un fenómeno contemporáneo, tomado en su contexto, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes".

Para el diseño de la investigación se utilizó la metodología propuesta por el BID que incluye las siguientes etapas:

#### Ilustración 1: Metodología de diseño de caso.



Fuente: BID (2009).

## **Diseño del caso**

El diseño de la construcción del estudio de caso se partió de la definición de la pregunta de investigación “¿*Cómo se desarrolla la Trayectoria Biocognitiva Sexual en pareja de mujeres del Municipio de Fusagasugá en torno al Diagnóstico del Virus del Papiloma Humano?*”, a partir de la cual se diseñaron los objetivos planteados. Posteriormente se definió el universo de la investigación que fueron las mujeres del Municipio de Fusagasugá, diagnosticadas con VPH y la metodología de recolección de la información dos entrevistas personalizadas que se realizaron personal o telefónicamente.

### **3.1 Antecedentes.**

La investigación fue desarrollada en el Municipio de Fusagasugá debido a la cercanía del investigador con la población. Es un municipio del departamento de Cundinamarca y la capital de la provincia del Sumpaz, es el tercer municipio más poblado del departamento, fue fundada del 5 de febrero del 1592 y se conoce como la “Ciudad Jardín de Colombia”. Está ubicada a 59 Km del suroccidente de Bogotá, delimitada por el Quininí, Cerro de Fusacatán, el Rio Cuja y el Chocho los cuales conforman el valle de los Sutagaos y la altiplanicie de Chinauta; Fusagasugá cuenta con 139.805 habitantes (DANE, 2016) y se encuentra entre los 550 y 3.059 metros sobre el mar y cuenta con una temperatura promedio de 20°C (Gobernación de Cundinamarca, 2018).

Las actividades predominantes en la zona son el mercado agropecuario regional, el comercio, la construcción y el transporte, de igual forma se ha dado un crecimiento acelerado del tercer sector (servicios), con un énfasis en el fortalecimiento de los sectores salud, educativo, recreación, turismo y transporte.



En relación al campo de la salud, Fusagasugá cuenta con diez instituciones prestadoras de servicios, catorce Instituciones Prestadoras de Servicios privadas (IPS), Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen de Salud Subsidiado (ARS), cuenta con laboratorios clínicas, entidades promotoras de la Salud y un Hospital de Segundo Nivel, administradoras de régimen subsidiados (Gobernación de Cundinamarca, 2017).

### **3.2 El propósito:**

El objetivo principal de la investigación fue comprender la transformación que sufre la vida sexual en pareja de las mujeres diagnosticadas con VPH en el municipio de Fusagasugá, a partir del relacionamiento físico y emocional.

#### **3.2.1 Preguntas de reflexión:**

La pregunta de reflexión sobre la cual se diseñó la investigación es:

*¿Cómo se desarrolla la Trayectoria Biocognitiva Sexual en pareja de mujeres del Municipio de Fusagasugá en torno al diagnóstico del Virus del Papiloma Humano?*

### **3.3 Unidad de análisis:**

La investigación se desarrolló con mujeres diagnosticadas con VPH, en un rango de diagnóstico de mínimo dos años, inicialmente se planteó una población de 6 mujeres pero debido a la dificultad de acceder a la población por la negación de ellas a tratar esta temática, se realizó con tres mujeres con quienes se tuvo dos encuentros con cada una. Esta muestra es válida ya que se hizo un análisis de narrativas a partir de una entrevista semi estructurada a profundidad, logrando conseguir información de relevancia para la investigación, puesto que cada variable y cada hecho fue indagado a profundidad logrando tener un panorama más amplio de análisis entre las entrevistadas.

### **3.4 Recolección de la información:**

El proceso planteó una forma diferente de conocer el mundo, basado en la comprensión de la experiencia humana a partir del entendimiento y sentido que le da el mismo sujeto, permitiendo ver como se posiciona frente al pasado, presente y su propia interpretación. El estudio de enfoco en la temporalidad y el espacio del acontecimiento como un proceso y la intersección que se encontró entre lo micro-social y lo macro-social (Blanco, 2011).

El método teórico utilizado en la investigación corre procesos cognoscitivos de gran importancia para la investigación científica como son el análisis y la síntesis, por un lado, el análisis es un procedimiento mental donde un “todo” complejo se descompone en sus partes y cualidades para entender sus múltiples relaciones y componentes. Lo anterior, permite la síntesis donde mentalmente se establecen las uniones de las partes previamente analizadas y posibilita el descubrir relaciones esenciales o características generales entre ellas. Esta se produce sobre los resultados ya obtenidos previamente en el análisis y posibilita la sistematización del conocimiento.

Por otro lado, esta investigación tiene un método de análisis histórico debido a que indaga sobre el conocimiento de las diferentes etapas del fenómeno en una sucesión cronológica, con el fin de conocer la evolución y desarrollo del fenómeno, por lo cual no solo se revela su historia sino también las etapas principales de su desenvolvimiento y las conexiones históricas fundamentales, es por esto que se utilizó la trayectoria y sus condicionamientos a los diferentes periodos de la historia.

Al momento de dar cuenta de las variables que enmarcaron el análisis de este estudio es importante recordar que estas partieron de la definición del problema y los objetivos de la

investigación, teniendo en cuenta que los focos de indagación son el VPH, las relaciones de pareja y la sexualidad, las cuales serán vistas a través del tiempo, con el fin de ver los cambios ejercidos a partir del diagnóstico, partiendo de una línea base y la forma en que esta persona lleva la enfermedad actualmente.

**Tabla 4: Variables de investigación.**

<b>Factores</b>	<b>Sub-Categorías</b>	<b>Operacionalización</b>
Virus del Papiloma Humano	Diagnóstico	Se hace énfasis en cómo se llegó al diagnóstico y los síntomas presentes para llegar a este.
	Cambios	Son los cambios generados en el cuerpo a raíz de la presencia de esta enfermedad en el cuerpo.
	Tratamiento	Se pretende indagar sobre el tiempo del mismo y los cuidados que este debía tener.
	Recaídas	Se hace relación a un afloramiento de la enfermedad en más de la primera ocasión ocasionando entrar en tratamiento de nuevo.
Sexualidad	Antes Durante Después	Se harán preguntas en relación a la forma en la que ejerce la sexualidad antes, durante y después del Diagnóstico.
Relaciones de pareja	Antes	Como se dan las relaciones de pareja antes durante y después en relación a al diagnóstico de VPH.

Fuente: elaboración propia.

La investigación se abordó por medio de una entrevistas semi-estructurada compuesta por 3 categorías de análisis (VPH, sexualidad, relaciones de pareja), abordadas a partir un instrumento que guiaba el primer encuentro, posteriormente se desarrolló un cuestionario a profundidad relacionado en los vacíos o poca información del primer encuentro; estos instrumentos se desarrollaron con tres participantes, en dos de los casos las entrevistas fueron personalmente y con una de ellas por teléfono debido a la confidencialidad y comodidad de la participante. Los encuentros tuvieron una duración aproximada de una hora en el primer

encuentro y de treinta minutos en el segundo. La entrevista fue suministrada con antelación a los participantes con el fin de prevenir incomodidad en ellas.

La información fue grabada con autorización de las entrevistas y luego transcrita y sistematizada por la investigadora por medio de Atlas-ti, obteniendo como categorías de análisis las relaciones de pareja (antes, durante y después) y la sexualidad (antes, durante y después); todos los relatos fueron siempre atravesados por el VPH como hito de la vida de las participantes. Una vez obtenidos los resultados se analizaron a la luz de la teoría planteada para la investigación con el fin de dar sustento a los resultados y a las conclusiones a las cuales se llegaron.

Durante todo el proceso, se le garantiza al participante que esta investigación tiene un fin académico, por lo cual no habrá una divulgación de la información irresponsable, de igual forma se les hizo saber que fueron elegidos dado que cumplen con algunos requisitos establecidos anteriormente, que las convierte en aptas para hacer parte del proceso, esto hace que no haya ningún prejuicio o preferencias hacia ellos. Adicionalmente, fueron expuestos a la mínima cantidad de riesgos puesto que en todo momento se veló por su integridad y se le permitió detener la entrevista o retirarse en caso de sentir la necesidad. Su nombre fue tratado con confidencialidad y se le dio la opción de no dar respuesta a algunas preguntas u omitir información, en dado caso de hacerlo se le solicitaba informar al investigador.

Finalmente, todas las entrevistadas firmaron un consentimiento voluntario informado, el cual deja por escrito los derechos y deberes del participante. Por último, cada historia fue tratada con sumo respeto, garantizando total privacidad frente a la información y a la identidad.

Para que la investigación se sustentara en los principios de la ética, se tuvo en cuenta el consentimiento previo de los mismos para participar, tomándose en cuenta todos los aspectos

establecidos al respecto. Teniéndose en cuenta en este aspecto si las políticas públicas hacen posible el desarrollo de la investigación, si es factible estudiar el fenómeno en cuestión, si la investigadora es competente para realizar ese tipo de estudio, la pertinencia del mismo y el consentimiento informado de las personas implicadas en la investigación.

Al momento de aplicar la teoría de estudio de casos, se abrieron las puertas al conocimiento y comprensión de la particularidad de cada uno de los focos de investigación, (relaciones de pareja, sexualidad y VPH), para así, posteriormente abarcar la totalidad y la interacción entre estos, tal cual como lo proponen las trayectorias Biocognitivas, así mismo al enfocarlos en un estudio de carácter descriptivo, permite el entendimiento desde las partes, hasta la totalidad; al momento del análisis de cada caso, se ve el sujeto en estudio, como una totalidad, indagando a profundidad, la particularidad de cada uno de los componentes en estudio, realizando un estudio de cada uno de los componentes de las participantes, posteriormente se analiza su totalidad, y por último, un comparativo entre los casos

## Capítulo 4: Estudios de Caso

Tomando en cuenta la metodología de investigación planteada en el capítulo anterior y con el fin de dar cuenta de las particularidades de cada caso, se ahondará en cada uno de los casos por separado en la cual se describirá la trayectoria Biocognitiva de la sexualidad y las relaciones de pareja partiendo del antes del diagnóstico de cada una de las participantes, posteriormente se tendrán en cuenta las particularidades y generalidades de cada caso.

### 5.1 Participante 1

Mujer de 28 años nacida en el municipio de Fusagasugá, ha tenido una relación estable desde hace 6 años con el cual se encuentra comprometida y viviendo en unión libre, fue diagnosticada hace 3 años con VPH de alto riesgo y la posibilidad de poseer cáncer en alguno de los condilomas que le hallaron en la parte interior de la vagina. La participante manifiesta que para ella la sexualidad era un gusto y un derecho que ella tenía y que sus hábitos sexuales no eran los más juiciosos, además de eso estaba pasando por un momento de inestabilidad en la vida que le hacía creer que la fidelidad no era un valor que debía tener. Fue diagnosticada tres meses antes de viajar a Australia con su pareja. Se enfrentó a que su cuerpo se encontraba indefenso debido al nivel de estrés que manejaba y la falta de aseo después de las relaciones sexuales; por eso, se empezó a cohibir del placer sexual que tanto disfrutaba.

Empezó a sentirse frustrada frente a la no satisfacción sexual de ella hacia la pareja debido a la restricción de relaciones sexuales durante 6 meses y al uso de condón mientras se generaba un alza completa de las defensas. Este proceso generó un cambio en la forma en que ella ejercía la sexualidad debido la “obligación” a la monogamia, al chequeo constante sobre los síntomas para hacer uso del condón en el momento oportuno, al resignarse que su cuerpo era

indudablemente más débil frente agentes externos lo cual le obligaba a tener unos hábitos de aseo más meticulosos, un mejor manejo del estrés y la ansiedad, a la ingesta de alimentos adecuada y la constante actividad física; además tubo que comprender que había perdido el derecho a la sexualidad y que su seguridad se había disminuido, por lo cual opto por llevar su vida de forma adecuada “madura” y no hacer “cosas malas”.

La sexualidad fue relegada a un segundo plano; pasó a tener poca importancia. Tanto que logró adaptar su estilo de vida y sus prácticas sexuales a la presencia de la enfermedad y ver esta desde el lado positivo, la enfermedad ayudó le a comprender mejor su cuerpo y a adoptar hábitos de vida saludables. Hoy en día, se preocupa más por el cuidado en las relaciones sexuales y de pareja como también la importancia de mantener sus defensas altas independientemente del estrés o ansiedad que pueda tener. La participante cerró la posibilidad a correr riesgos o “loquear”.

La participante 1 manifiesta que durante toda su vida tuvo relaciones de parejas estables, entregadas y un tanto absorbentes; por lo que generalmente tenía poca conciencia del cuidado sexual. Ahora, se cuida mucho más, usa paños húmedos antes y después del encuentro. En cuanto a la elección de su pareja, se siente atraída por hombres sanos (que no tomen, poco recorrido sexual y personalidad tranquila).

El diagnóstico se dio porque experimento con su pareja molestias, incomodidad, dolor, sangrado y ardor lo cual los llevo a consultar al médico. Al estar contagiados ambos, entraron a un tratamiento como pareja; siendo más intenso en ella por el alto riesgo de desarrollar CaCu. Al principio, surgieron muchas dudas sobre quién la contagió, cómo fue y hace cuánto tiempo. A pesar de lo difícil del diagnóstico, el asumirlo en pareja les permitió contar con un apoyo y

acompañamiento mutuo, que a pesar que algunas veces generaba conflictos, en general se convirtieron en soporte del otro.

Este proceso de enfermedad género un afianzamiento de la relación de pareja y actualmente se encuentran comprometidos; son conscientes que en cualquier momento se pueden sufrir recaídas, por lo que están mucho más atentos al manejo de la sexualidad y a los hábitos alimenticios y de vida que les permiten minimizar los riesgos. El manejo de las defensas, la comida, el aseo permanente, el manejo del estrés y los controles médicos anuales, son algunos de los cuidados que han asumido en pareja con el fin de continuar su camino hacia la recuperación total. La participante manifiesta que esto los ha unido como pareja, basando su relación en la confianza, la amistad y la solidaridad.

Finalmente, concluye que para ella sería muy difícil cambiar de pareja por la comunicación de la presencia de la enfermedad y por todos los cuidados a los síntomas que se pueden presentar.

En relación al significado del VPH, es importante enunciar la poca credibilidad y eficacia que tiene la vacuna debido a un inicio de la vida sexual de la mujer antes de las dosis. De igual forma el significado de las relaciones de pareja para la participante deben estar enmarcadas en la estabilidad y la fidelidad para que se encuentren en un “estado ideal”, es de recalcar la utopía presente en sus creencias al momento de seguir adelante y aprender de lo sucedido, lo cual le ha permitido tener un agenciamiento sobre su vida y la enfermedad, entendiendo que el resurgimiento de esta, depende de ella y el cuidado diario con su pareja.

## **5.2 Participante 2**



Mujer de 26 años nacida en el Municipio de San Bernardo, no ha tenido una pareja estable durante los 7 años de diagnóstico; con su pareja actual tiene dos hijos, una niña de 2 años y uno en gestación. Vive en Fusagasugá hace 15 años con su madre y hermanos.

La participante cuenta que antes de ser diagnosticada tenía una pareja estable y otra con la que mantenía relaciones sexuales coitales ocasionales, afirma que sentía confianza en las dos por lo cual no tiene conocimiento del cual es el portador del VPH. Para ella, la sexualidad es fuente de satisfacción, por lo que tenía una vida sexual desordenada; previniendo embarazos con el uso del condón. Antes de cumplir los 20 años se sometió a una operación en la que le quitaron cerca de 20 verrugas que tenía en la parte exterior de su vagina. Durante el diagnóstico y el tratamiento, tuvo síntomas como “piquiña”, le formularon el uso de vaselina y gasa, le prohibieron las relaciones sexuales por un año y la abstinencia propia debido al miedo de tener un encuentro con un nuevo hombre.

Actualmente, después de 7 años de la operación, la participante manifiesta no tener recaída alguna de la enfermedad y el conocimiento del verdadero placer tras este diagnóstico ya que actualmente posee una gran comodidad en la relación sexual, sus encuentros son frecuentes y están llenos de satisfacción y deseo. Se siente muy a gusto con su actual pareja.

La participante ha transformado significativamente su percepción sobre la sexualidad, debido a la presencia de varios conceptos médicos, que le han hecho entender la gravedad de la enfermedad y sus consecuencias, debido a la operación que debió realizarse con urgencia. Aún se siente culpable, se autodenomina “paticaliente” y se nota emocionalmente afectada por la posibilidad de que los hombres pierdan interés en ella; por esto, no menciona la enfermedad a sus nuevas parejas.

La participante afirma que antes del diagnóstico, ella se limitaba a disfrutar y pasarla bien y que las relaciones sexuales hacían parte de eso. Bastaba con que un hombre tuviera un comportamiento cariñoso para mantener relaciones sexuales con ellos, usualmente ella tenía un conocimiento de los antecedentes de la pareja (soltero, con novia, casado), pero el criterio de selección era únicamente la forma como la trataba.

Al momento de ser diagnosticada finaliza las dos relaciones de pareja que llevaba debido a que no podía mantener relaciones sexuales con ninguna de ellas, fue por esto que se empezó a cuestionar la posibilidad de no poder llegar a ser feliz con alguien más y se reprochaba los errores que había cometido en el pasado. Finalmente, decidió alejarse de la búsqueda y dejar en manos de Dios el encuentro de la persona indicada para su vida.

Actualmente tiene una pareja estable que desconoce la presencia del VPH en el cuerpo de la participante, tiene 2 hijos y la única forma de cuidado que utilizan es el condón pero con fines de evitar un embarazo de nuevo; ella posee un miedo constante al contagio a su pareja o alguno de sus hijos. La participante siente que su pareja no tiene el compromiso suficiente pero aun así ella se siente plena ya que ha logrado tener la familia que soñaba. La significación de las relaciones de pareja para la participante se ha transformado debido al miedo al rechazo por parte del hombre, el temor de contagio a la pareja, a la búsqueda de una estabilidad y el compartir tiempo y disfrute en pareja.

### **5.3 Participante 3.**

La participante nació en el Municipio de Fusagasugá, tiene 28 años y una relación estable hace 14 años con quien se encuentra viviendo actualmente en unión libre. Fue diagnosticada con VPH hace dos años. Para ella su vida sexual nunca ha sido muy activa y solo ha tenido una

pareja sexual a lo largo de su vida, por lo cual la posibilidad de contraer una ETS como el VPH era casi nula, pero aun así accedió a aplicarse la vacuna, un factor importante que hizo que ella mantuviera un chequeo constante de su salud sexual fue la detección tiempo anterior de un virus en su cuerpo.

Al momento de ser diagnosticada se generó una gran culpa en el hombre debido a la monogamia de la participante, por lo cual entraron a hábitos de cuidado rigurosos y a un uso obligatorio del condón. Además de eso al momento de tener relaciones sexuales el aseo debía ser antes y después de la relación sexual. Después del diagnóstico se pudo evidenciar que las relaciones sexuales tornaron de nuevo a la normalidad, con algunos cambios en relación a la frecuencia dado que disminuyó, y el aseo se volvió constante y riguroso, actualmente para ellos las relaciones sexuales son una mezcla de respeto y cariño, junto con un cuidado constante de la salud. La participante identificó un cambio en la forma de entender las relaciones sexuales en su vida, teniendo en cuenta la promoción de salud por medio del cuidado, el ejercicio y la alimentación. Tomó hábitos de información constante del cuidado óptimo frente a las ETS, el chequeo constante del desarrollo de la enfermedad y la oportunidad de tomar esta experiencia como algo positivo.

Para la participante, las relaciones de pareja han sido estables, debido a que ha tenido una única pareja, con quien ha construido una relación, la cual se ha basado en la ayuda, paciencia, escucha, colaboración y expresión de sentimientos mutuos, ellos nunca se han dejado solos frente a situaciones adversas.

Actualmente, la relación sigue siendo de cuidado mutuo, por medio de una buena alimentación y una actividad física constante, lo cual ha permitido un afianzamiento de la relación ya que saben que cuenta el uno con el otro y son “incondicionales”, de igual forma se

dejó de lado la culpabilidad debido a que no hay certeza de quien fue el portador ya que es una enfermedad asintomática. Para la participante las relaciones se basan en la confianza y en el encontrar “escucha” en una persona donde la salud es lo principal en su relación y siempre cuentan incondicionalmente con el apoyo de esa persona.

## Capítulo 5: Resultados

Finalmente, los resultados de la investigación presentados en los estudios de caso, fueron analizados a partir del marco teórico propuesto, lo que permitió realizar un análisis multi-sistémico de las Trayectorias Biocognitivas.

La PNI ha demostrado científicamente que tanto el sistema nervioso central, como el sistema endocrino e inmunológico tienen un lenguaje en común, por lo que el pensamiento y la actitud son claves para superar la enfermedad; la primera participante afrontó la enfermedad en equipo con su pareja. Un aspecto clave que logra la armonización emocional frente al tratamiento puesto que le permitió a la paciente encontrar el apoyo para salir adelante y obtener resultados favorables. Adicionalmente, tanto ella como a su compañero, pudieron tener una visión diferente frente al autocuidado, el respeto y el significado de la relación.

La entrevista realizada a la participante 1, permitió evidenciar que antes ser diagnosticada con el VPH tenía creencias erradas frente a la sexualidad y la monogamia, lo que demostraba una actitud inmadura de querer vivir al tope, entendiendo el coito como un derecho al disfrute a su vez pensando en la protección usando condón y aplicándose la vacuna del VPH.

Durante el proceso cambió por completo su perspectiva frente al sexo, al autocuidado y al amor propio, por lo que hoy en día tiene una visión diferente de la monogamia, el amor y el compromiso en pareja. El resultado obtenido por la paciente demuestra como la Trayectoria Biocognitiva, fue clave en el resultado exitoso puesto que no solo se centró en el aspecto clínico a través de los medicamentos y cuidados dado por el médico; si no que el vínculo emocional que los une les permitió enfrentarlo desde la intimidad y el compromiso, por lo que pudieron realizar

el proceso juntos y rediseñar su relación a partir de hábitos cotidianos para hacerle frente a las recaídas y evitarlas. En este caso, el proceso de sanación consiente fue mucho más ágil. Otro punto fundamental, fue que la participante pudo redefinir el significado de la fidelidad como valor, puesto que lo veía como un derecho a “vivir”.

Es muy importante tener en cuenta que la inestabilidad emocional y el estrés generado de una relación de pareja problemática influyen de manera significativa en el sistema inmune, llegando a bajar las defensas y abriendo la puerta al desarrollo de enfermedades como el VPH; por lo anterior, en el caso de la participante 1, el respaldo de su pareja, la comunicación asertiva y el amor fueron claves para su proceso de recuperación y permitieron fortalecer su organismo frente a posibles recaídas.

Frente al tema sexual propiamente dicho, la entrevistada y su pareja, una vez superado el proceso de la enfermedad, reiniciaron la actividad sexual y la disfrutaban plenamente, solo que ahora cuentan con herramientas de cuidado y protección que les permiten disfrutarla sin riesgos. Lo anterior demuestra que el proceso por el que pasaron les sirvió en su crecimiento y desarrollo personal y en una mejor comprensión del acto sexual en la pareja, entendiéndolo en su globalidad como un fin que no solo involucra la parte física si no también los sentimientos y las emociones del que también se puede disfrutar de forma segura; logrando así un equilibrio entre el cuerpo y el espíritu.

Los resultados obtenidos para la participante 2 muestran un resultado diferente que parte de enfrentar la enfermedad sola, a pesar que coincidía con la participante 1 frente a la idea de “libertad” de la sexualidad, en el momento de ser diagnosticada tomó la decisión de no tener una pareja estable, hasta cuando estaba mejor, ya que su compañero la abandonó a causa de no tener relaciones sexuales. Es importante resaltar que esta participante muestra una carencia afectiva

derivada de la separación de sus padres, una baja autoestima por lo que siempre estaba buscando una relación en la que la tomaran en serio y ser amada pero con resultados infructuosos. Adicionalmente, manifiesta que al enterarse de la enfermedad se auto culpó, tildándose de “paticaliente”.

Si bien el tratamiento que empleó su médico fue una operación de urgencia, las respuestas presentadas permiten evidenciar que la entrevistada no tomó una conciencia significativa, ni implementó cambios drásticos en su estilo de vida y sus rutinas de cuidado; por lo que acude al médico en caso de aparición de nuevas verrugas. Durante su embarazo, estuvo preocupada por tener un aborto por causa de la enfermedad. Es fundamental ver que desde la perspectiva de la Trayectoria Biocognitiva, la participante no recibió un adecuado acompañamiento psicosocial que le permitiera trabajar en su autoestima y adquirir herramientas de comunicación, emocionales y físicas para fundamentar relaciones sanas basadas en el amor y el respeto. Actualmente tiene una relación con un hombre al que cataloga de bueno pero que desconoce de la enfermedad que tuvo.

En cuanto a la parte sexual, una vez hecho el diagnóstico, sintió miedo de que los hombres perdieran interés frente a ella por lo que no le dijo nada a su actual compañero. No ha tenido recaídas, manifiesta que tiene una buena relación y manifiesta sentirse feliz y segura en las relaciones sexuales, logrando un nivel de disfrute mayor al que tenía antes de la enfermedad.

El entorno inicial de la participante 3 es muy distinto pues fue contagiada por su compañero y única pareja con más de 18 años de relación, lo que generó una crisis personal que la llevó a obtener medidas extremas de cuidado durante su etapa de curación basado en la frecuencia de las relaciones sexuales, el uso del condón, la alimentación y el ejercicio.

De acuerdo al contexto cultural de la participante y a su condición de monogamia, veía de lejos el contagio de enfermedades de transmisión sexual, aunque no usara ningún mecanismo de protección, por lo que el diagnóstico le ocasionó un choque emocional que dificultó un poco el tratamiento, debido a la inestabilidad y el estrés.

En la parte sexual, si bien la participante recuperó su relación y manifiesta disfrutar del coito de manera normal y no haber tenido recaídas, si siente “asco” antes y después del sexo y está mucho más prevenida en términos de aseo y de mantener las defensas altas para evitar recaídas.

*Tabla 6: Análisis comparativo de los casos*

	Edad	TDX	Estrato	Hábitos Sexuales	Cuidado	Consecuencias
Caso 1	28	3	5	Promiscuidad	Preservativo	Monogamia, mejora en hábitos de aseo, sexualidad=complementario.
Caso 2	26	7	1	Promiscuidad	Abstinencia	Conocimiento del Placer, Comodidad=Sexual, Miedo al cambio proceso sexual.
Caso 3	28	2	3	Una sola Pareja	Preservativo	Mejora en hábitos de aseo, disminución de las relaciones sexuales, miedo al cambio en la sexualidad.

Es importante para la comparación tener en cuenta los hábitos sexuales iniciales de las participantes a la luz de la vida socio-económica de cada una de ellas; donde se puede evidenciar una similitud entre las participante 1 (Estrato 5) y participante 2 (Estrato 1) lo cual demuestra que si bien una de ellas posee un mayor conocimiento y acceso a medios de información y cuidado, esto no es suficiente para un uso adecuado de la sexualidad. Pero si se puede evidenciar que la reacción frente a la enfermedad, el temor a un resurgimiento, el cambio



de la percepción de auto-cuidado y del el otro si cambia en relación a estas participantes, donde la participante 1 (Estrato 5) empieza a tener una similitud con la participante 3 (Estrato 3) llegando así al uso responsable de la sexualidad y generando una acomodación y re-significación de sus vidas tal cual como lo propone las trayectorias Biocognitivas. En el caso de la participante 2 (Estrato 2) si bien se generó esta misma re acomodación de sus vidas, en este caso se evidencia un aumento en el libido sexual generando una vida sexual más como y satisfactoria.

En el Caso 1 y 2 se evidencia un resurgimiento a la enfermedad, el cual se loga a situaciones de estrés o similares a la aparición por primera vez de la enfermedad, lo cual demuestra un determinante social ligado a el componente inmune de la participante, el cual está determinado por la estabilidad de pareja, económico o familiar, lo cual nos permite romper la dicotomía mente y cuerpo tal cual como nos propone la teoría de las trayectorias Biocognitivas y generar un anclaje entre el componente inmune, social y mental de cada una de las participantes.

A continuación se presenta un resumen de los resultados generales obtenidos en la investigación:

**Tabla 7: Resultados de estudios de caso.**

		<i>Participante 1</i>	<i>Participante 2</i>	<i>Participante 3</i>
<i>Datos Generales</i>		1. Diagnóstico de 3 años – Posibilidad de Cáncer. 2. Pareja de 6 años	1. 7 años de diagnostico 2. Pareja y dos Hijos	1. 2 años de diagnóstico. 2. Pareja de 18 años
<i>Sexualidad</i>	<i>Antes</i>	1. Mis hábitos sexuales no eran juiciosos. 2. Momento inestable en mi vida. 3. La no Comprensión de que la Fidelidad es un Valor. 4. Un gusto o derecho.	1. Operación a las 20 debido a la presencia de verrugas. 2. Dos parejas sexuales. 3. Algo que le causaba satisfacción y la hacía feliz 4. Vida sexual desordenada. 5. Cuidado con preservativo para evitar un embarazo.	1. La vida sexual no era muy activa. 2. Solo ha tenido una pareja sexual 3. Poca creencia de la posibilidad de contraer una ETS. 4. Presencia de la Vacuna del VPH. 5. Virus detectado antes del VPH
	<i>Durante</i>	1. La enfermedad depende de las defensas que tenga el cuerpo.	1. Piquiña al momento de tener relaciones sexuales.	1. Culpabilidad de la mujer al hombre. 2. Cuidado extremo para evitar daño mayor.

		2. El nivel de estrés, las relaciones sexuales con otra persona y la falta de aseo. 3. Sentir que no puede satisfacer a la pareja. 4. Cohibición de un placer. 5. Restricción de relaciones por 6 meses. 6. Uso de condón hasta un alza en las defensas.	2. Cirugía para quitar las verrugas 3. No podía tener relaciones. 4. Un año sin relaciones sexuales. 5. Miedo a tener relaciones con otra persona. 6. Optar por la abstinencia.	3. Afectación en la vida sexual de pareja debido al no uso de preservativo 4. Higiene constante. 5. 6 meses con condón.
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

o

**Tabla 1: Resultados estudio de caso (continuación...)**

<b>Después</b>	1. Monogamia desde el diagnostico (Toca) 2. Con Condón si se siente enferma 3. El cuerpo más débil frente a agentes externos. 4. Higiene, aseo después de las relaciones sexuales. 5. Control de estrés y la ansiedad. 6. Pérdida del derecho a la sexualidad. 7. La salud primero que el sexo. 8. Pérdida de la seguridad. 9. No hacer “cosas malas” 10. Ser cuidadoso con uno y la pareja “Madurez”. 11. La sexualidad como algo complementario. 12. No hay resurgimiento de la enfermedad en el cuerpo.	1. No ha habido recaída reciente de la enfermedad. 2. Conocimiento del placer en la sexualidad. 3. Comodidad en la relación sexual. 4. Positivismo debido a la pareja que tiene actualmente 5. Relaciones sexuales recurrentes. 6. Satisfacción y deseo ha aumentado.	1. Relaciones sexuales normales después del tratamiento. 2. Aseo antes y después de la relación sexual. 3. Se disminuyó la frecuencia sexual. 4. Miedo al cambio de proceso sexual. 5. Mezcla de respeto y cariño. 6. Estar pendiente de la salud en pareja debido a las relaciones sexuales.
<b>Significado</b>	1. Manera de expresión, un derecho que poseía. 2. La sexualidad como algo que no es fundamental. 3. Quitar la relevancia. 4. Se limitan por las defensas. 5. Condición la cual es permanente en la vida y siempre guiara el ejercer la sexualidad. 6. Manejo de la enfermedad autónoma 7. La impotencia frente a una ETS 8. No correr riesgos, no loquear.	1. Confianza en dos parejas sexuales. 2. Afectación emocional debía a la conducta sexual. 3. Gravedad debido a la presencia de varios médicos para ver la sintomatología de ella. 4. Miedo por la pérdida de interés de los hombres hacia ella 5. Culpabilidad por “PATICALIENTE”	1. Alerta constante para promover la salud por medio de ejercicio, alimentación y cuidado. 2. Disminución de la vida sexual. 3. Estar en constante información en relación a la salud sexual. 4. Chequeo constante ya que es una enfermedad que se puede manejar y depende del cuidado de la persona. 5. Enseñanza de la cual se debe sacar algo positivo.
<b>Relaciones de Pareja</b>	<b>Antes</b> 1. Relación de pareja inestable. 2. Los dos sintieron incomodidad, dolor, sangrado y ardor. 3. La pareja con poco recorrido sexual, sin gusto por el	1. Una pareja para pasarla bien y disfrutar. 2. Limitación de cama. 3. Como se comporta con uno. 4. Hombre cariñoso. 5. Conocimiento de los antecedentes de la pareja.	1. Solo una pareja en la vida. 2. Ayuda mutua. 3. Escucha, paciencia, colaboración y expresión de sentimientos mutuos. 4. Nunca la ha dejado sola.

		alcohol, (Personas Tranquilas) 4. Interés por parte de la mujer. 5. No existe cuidado sexual en las relaciones de pareja. 6. Relaciones Entregadas y absorbentes.	6. Entrega sexual apresurada.	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--

**Tabla 1: Resultados estudio de caso (continuación...)**

<b><i>Durante</i></b>		1. Apoyo Mutuo 2. Tratamiento de Pareja 3. Interrogantes del ¿quién y cómo? 4. Tanteo de ver el progreso de la enfermedad. 5. Preocupación debido a un posible cáncer. 6. Posibilidad de la enfermedad asintomática. 7. Apoyo y acompañante en el afrontamiento 8. Reproche debido a ser un ETS. 9. Uso conjunto de crema y antibióticos.	1. Finalización de su relación debido a la enfermedad. 2. Creencia en dios para que llegara la persona indicada. 3. Dejar de lado las relaciones de pareja. 4. No conocimiento de esa pareja debido a que no era estable. 5. Finalización de la relación por la falta de relaciones sexuales. 6. Pensamiento de los errores que se cometió. 7. Posibilidad de no poder llegar a ser feliz con alguien	1. Culpabilidad del hombre debido a que ella solo ha tenido una pareja sexual. 2. Acompañamiento durante todo el proceso. 3. Alza de defensas en la mujer debido a la presencia constante de esta enfermedad en el hombre.
	<b><i>Después</i></b>	1. Comprometida con su pareja. 2. Manejo de Defensas (Buena alimentación, aseo y estrés) 3. Monogamia desde el Diagnostico 4. Comprensión de la pareja a la posible recaída. 5. Confianza, amistad y afecto. 6. Compromiso (Proyectos a largo plazo). 7. Relación Seria, Formal, Estable y Maduro. 8. Culpabilidad a causa de una recaída. 9. Manejo autónomo de la enfermedad. 10. Recaídas dos veces al año.	1. Pareja actual y dos hijos con la misma. 2. No conocimiento de la pareja de la enfermedad. 3. Miedo al abandono. 4. Uso de condón por miedo a un embarazo. 5. Miedo a contaminar a su pareja. 6. Afecto y Amistad debido a la hija. 7. Relación no estable. 8. Su pareja posee eso que ella siempre ha soñado.	1. Cuidado mutuo en la comida y ejercicio. 2. Afianzamiento de la relación debido a que se sabe con quién se cuenta. 3. Apoyo en los buenos y malos momentos “Ser incondicional” 4. Construcción del futuro conjunto. 5. Dejar la culpabilidad de lado debido a la poca certeza que se puede tener. 6. No se vio afectada la relación de pareja debido al dialogo y comprensión que

		11. Relación entre los aspectos personales y el resurgimiento de la enfermedad. 12. No se siente segura de cambiar de pareja por lo que conlleva la enfermedad y los síntomas.	9. Mentiras para ocultar la enfermedad. 10. Deseo de formar una familia.	se manejaba en la relación.
<i>Significado</i>		1. Sorpresa debido a la confianza en la Vacuna. 2. El VPH como algo común. 3. Se mantiene optimista. 4. Cauterización debido a la presencia de cáncer en el cuello uterino. 5. Las relaciones de pareja como el estado ideal en todos los momentos de la vida. 6. La vida con Un propósito. 7. Las relaciones como un eje (Estabilidad, Fidelidad, Fidelidad) es una utopía. 8. Seguir adelante y aprender de lo sucedido. 9. Ejercicio para controlar la enfermedad.	1. Miedo al rechazo de la pareja. 2. Miedo al contagio de los hijos y pareja. de la enfermedad. 3. Valoración de uno mismo es mayor 4. Búsqueda de estabilidad. 5. Pareja para pasar el tiempo y disfrutar la vida. 6. Lograr obtener el lugar como pareja y mujer.	1. Compañía, persona con quien confiar y encontrar escucha. 2. Culpabilidad del hombre y de la mujer hacia él. 3. La pareja como promotora de la vida saludable. 4. Pareja como esa persona incondicional que presta apoyo.

## Capítulo 6: Conclusiones y recomendaciones

### 8.1 Conclusiones

El objetivo general de este proyecto de investigación fue describir la trayectoria sexual de tres mujeres a partir del diagnóstico VPH. Si bien el tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones universales, para el grupo investigado, en el contexto del municipio de Fusagasugá se pudo evidenciar que si bien el diagnóstico inicial genera una crisis personal y de pareja, derivada de la culpa por el contagio, si se supera esta etapa inicial, se fortalecen los lazos y las relaciones se convierten mucho más solidarias y fuertes a partir del replanteamiento de las bases y la redefinición de los acuerdos frente a temas fundamentales como la monogamia, la fidelidad y el amor.

Desde el punto de vista de la autoestima femenina se pudo obtener resultados importantes en cuatro temas fundamentales: la sexualidad, la emocionalidad, el autocuidado y el valor propio. Frente a la sexualidad, en dos de los casos estudiados se pudo evidenciar que las mujeres entrevistadas llevaban un comportamiento promiscuo por dos razones, la primera, que entienden la “libertad” sexual como una forma de goce y disfrute de la vida y la segunda, porque utilizaban el sexo como una herramienta para conseguir amor, entendido a partir de una relación que les de estabilidad y seguridad, lo que deja en evidencia una profunda carencia de afecto. En el tercer caso, una mujer monógama que tenía interiorizados muchos mitos frente al sexo puesto que creía que no debía tener cuidados por tener relaciones solo con una persona.

En cuanto al tema de la emocionalidad, se pudo concluir que las mujeres entrevistadas la relacionaban de manera directa con el acto sexual; la reacción inicial en todos los casos fue encontrar un culpable pero posteriormente, las mujeres entrevistadas se sintieron temerosas de

perder a sus parejas debido al proceso de abstinencia propio del inicio del tratamiento. En dos de los casos, las mujeres contaron con el apoyo de sus parejas, lo que representó un soporte emocional fundamental para su recuperación. La segunda mujer entrevistada, fue abandonada por su compañero, por lo que la llevó a preguntarse si realmente podría ser feliz con otra persona. Finalmente, la investigación permite concluir que las tres mujeres entrevistadas se enfrentaron al temor de que sus parejas “ya no las quisieran” a causa de la enfermedad, lo que permite evidenciar un bajo nivel de amor propio y una inmensa necesidad de ser valoradas por un hombre.

Frente al tema del autocuidado, se puede concluir que es uno de los temas en los que se obtuvieron mayores aprendizajes. En términos generales, en los tres casos, las mujeres comprendieron la importancia de valorar, honrar, cuidar y proteger su cuerpo, lo que se evidencia en tres puntos fundamentales, primero, la importancia de hacer controles y chequeos médicos permanentes para ver qué todo esté bien; segundo por la adquisición de hábitos saludables de alimentación, cuidado y manejo del estrés y tercero porque aprendieron a tener relaciones sexuales seguras no solo con el uso de preservativo si no con una rutina de limpieza posterior.

Todos los elementos mencionados anteriormente, les permitieron a las mujeres entrevistadas verse a sí mismas de manera diferente, primero en cuanto a darle al sexo el verdadero valor que tiene en las relaciones como un elemento de unión y vínculo y no como la forma de obtener amor. Adicionalmente, aprendieron a querer su cuerpo y adoptar mejores hábitos alimenticios y emocionales para mantenerlo saludable.

Otro aspecto en el que se pueden sacar conclusiones importantes es lo que sucedió con las relaciones de pareja de las mujeres entrevistadas, en los tres casos, el diagnóstico de la

enfermedad se convirtió en un factor de alarma frente al estado de la relación. En los tres casos se evidencio poco compromiso con el desarrollo de una pareja sólida; en dos de los casos, el proceso les permitió fortalecer los lazos y replantearse su relación de cara a apostar por ella en términos de estabilidad, tiempo y disfrute en pareja. Una de las mujeres fue abandonada por su compañero lo que ocasiono que su percepción del amor y el compromiso se viera seriamente afectada, al punto que hoy en día cuenta con una nueva pareja a la que no le ha contado de su proceso, lo que permite concluir que no ha comprendido del todo la necesidad de crear relaciones sanas emocionalmente hablando.

Finalmente, se puede concluir que todas las mujeres entrevistadas crecieron y se fortalecieron a partir de la enfermedad y aprendieron a mirarse a sí mismas de una forma diferente, dándose un lugar prioritario que solían darle a sus parejas y aprendiendo a empoderarse de sus vidas, el cuidado de su salud y su cuerpo; lo que las llevó a tener una mejor autoestima y valor de cara al futuro.

## **8.2 Recomendaciones**

Dados los resultados de la investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

-Se debe tener una mirada integral para la enfermedad del VPH que permita verla de forma integral y generar acciones concretas de prevención, desmitificándola y entendiendo que todas las personas que tienen relaciones sexuales permanentes pueden contraerla.

-Es fundamental realizarse periódicamente exámenes médicos que permitan una detección temprana y faciliten el tratamiento. La prueba del Papanicolaou es la mejor forma de detectar el cáncer de cuello uterino. Los cambios que se identifican en etapas tempranas se pueden tratar antes de que avancen a cáncer.

-Se debe popularizar la vacuna entre las mujeres y los hombres para protegerse contra los tipos de VPH que causan problemas de salud con más frecuencia.

-Es importante realizar campañas de educación sexual que permitan una mejor comprensión del VPH y eviten su contagio.

-La correcta comunicación en la pareja facilita el proceso de prevención. Si un hombre o una mujer diagnosticada con VPH, no debe culpar a su pareja actual o asumir que le está siendo infiel. Las personas pueden tener el VPH genital por mucho tiempo antes de que lo detecten. Lo mejor es hablar del tema con franqueza y sinceridad.



## Bibliografía

- Romero L. (1998). *Elementos de la Sexualidad y la educación Sexual*. Barranquilla, CAC.
- Asociación de salud con prevención. (1999). *Sexualidad en adolescencia*. Colombia, Gente Nueva.
- Delpino A. (2013). *Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia*. Madrid, Liga española de la educación.
- López A. (2004). *Adolescentes y Sexualidad*. Uruguay, Universidad de la Republica.
- Lourdes M. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. México, Secretaria de salud.
- Instituto nacional de Mujeres. (S.F.). *Guía Sexual y género para los adolescentes*. Uruguay, MIDES.
- Grupo de Gestión de Calidad PAI. (2016). *Direccionamiento Estratégico PAI*. Colombia, PAI.
- Grupo de Gestión de Calidad PAI. (2016). *Programa ampliado de inmunizaciones PAI*. Colombia, PAI
- Ministerio de Salud. (S.F.). *Norma técnica para detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino*. Colombia, Dirección general de promoción y prevención.
- Rafela G. (S.F). *Correlación Cito-Histológica de las lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino*. Cuba, Hospital Abel Santa María Cuadrado.

- San José S. (2007). *Epidemiología de la infección por el virus del papiloma humano y el cáncer de Cérvix*. Barcelona, Instituto Catalá de oncología.
- Linazo M. (2009). *Infección por el virus del papiloma Humano: Epidemiología. Historia natural y Carcinogénesis*. UNAM, Cancerología.
- López J. (2006). *Integración viral y cáncer de Cuello Uterino*. Colombia, Universidad Nacional.
- Galindo J. (S.F.). *Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos* Colombia, Ministerio de salud y protección social.
- Ministerio de Educación. (2016). *¿Por qué Educar para la sexualidad?*. Colombia, Ministerio de Educación.
- Office of Homen`s Health. (S.F.). *Virus del Papiloma Humano (VPH)*. California, Office of Homen`s Health.
- Departament of Health y Human Services USA. (S.F.). *Virus del papiloma humano, La realidad*. Estados Unidos.
- Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud. (2007). *Virus del Papiloma Humano Situación Actual, Vacunas y Perspectivas de su utilización*. (España).
- Salazar M. (S.F.). *Adolescentes y Sexualidad en América Latina y Colombia* Colombia, Universidad pedagógica Nacional.
- Caicedo J., Aponte M., Martínez J., Valencia C., Giovanni I. *Trayectorias Biocognitivas en enfermedades con compromiso inmunológico: un estudio exploratorio en pacientes con VIH-Sida en Bogotá*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia.

El Tiempo. (2014). *Un error asociar la vacuna del Papiloma Humano con efecto en Niñas*. En Línea, Patricia Aley, Cali.

El País. (2014). *Vacuna contra el VPH salva muchas vidas - Nubia Muñoz*. En Línea, Alda Mera, Cali.

Cromos. (2015). *Nubia Muñoz la científica que desafió el Cáncer*. En Línea, Guido Hoyos, Francia.

Semana. (2016). *La laureada experta que defiende el uso de la vacuna contra el VPH*. En Línea, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Científica colombiana asegura que vacuna contra el VPH es muy segura*. En Línea, Colombia

El Universal. (2015). *La verdad sobre la vacuna contra el VPH*. En Línea, Jairo Cardenas, Cartagena,

Opinión y Salud. (2016). *Víctimas de VPH ganan pulso a MinSalud*. En Línea, Kelly Vanesa Moya, Colombia

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Papilomavirus Humanos (VPH) y Cáncer Cérvico Uterino*. En Línea, Centro de Prensa, Ginebra

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud Sexual*. En Línea, Ginebra

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Concepto de Sexualidad*. En Línea, Ginebra

Instituto Nacional de Cáncer. (2014). *¿Qué son los Exámenes Selectivos de Detección de cáncer de Cérvix?*. En Línea, Estados Unidos

Instituto Nacional de Cáncer. (2014). *¿Cómo se hacen los exámenes Selectivos de detección de Cérvix?*. En Línea, Estados Unidos

Instituto Nacional de Cáncer. (2014) *¿Cómo se Tratan las anomalías cervicales?*. En Línea, Estados Unidos

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Bases anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y con solución yodo-yodurada de Lugol (IVL)*. En Línea, Ginebra.

Caicedo, J; Martínez, J; Aponte. M. (2012). *Trayectorias biocognitivas en enfermedades de carácter autoinmune: un estudio prospectivo en 50 pacientes*. [en prensa]. Inscrito a Colciencias. Centro de investigaciones sobre dinámica social CIDS. Universidad Externado de Colombia: Bogotá.

Capra, F. (1996). *La trama de la vida: Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona, España: Editorial Anagrama S.A.

Martínez. M. (2001). *Teoría Biocognitiva: Hacia una ciencia de bioinformación*. Nashville, Tennessee, USA: Interpsiquis. Recuperado en <http://www.geometriafractal.com/img/articles/fractalsypsiquiatria.pdf> el día 08 de Agosto de 2012.

Varela, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

Ortega, O. (2007). *La genitalidad: Relaciones Sexuales Coitales*. Centro Mujer.

Terapia en Pareja. (S.F). *La Sexualidad en Pareja*. México, Guadalajara Recuperado de: [http://terapiaenpareja.mex.tl/490692\\_sexualidad-en-pareja.html](http://terapiaenpareja.mex.tl/490692_sexualidad-en-pareja.html)

Info-Cancer. (2015). *Prevención y Detección > Lo que todos deben saber del Virus del Papiloma Humano*. México. Recuperado de: <http://www.infocancer.org.mx/50-cosas-que-debe-saber-del-virus-del-papiloma-humano-vph-con775i0.html>

INFOGEN. (2014). *Virus del Papiloma Humano*. México. Recuperado de: <http://infogen.org.mx/virus-del-papiloma-humano-3/>

Universidad del Rosario. (2011). *Cifras estadísticas acerca del Virus den la Población Femenina en Colombia*. Colombia. Recuperado de: <http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-VI/Virus-del-Papiloma-Humano/ur/Cifras/>

Almeida-Filho, N. (2006). *Complejidad y Transdisciplinaria en el Campo de la Salud Colectiva Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*. Brasil.

Salud: Visiones Positivas de la Salud. (2011). *La Sexualidad y la Calidad de Vida, Salud... Visiones Positivas de la Salud*. Recuperado de: <https://saludfacil.wordpress.com/2011/05/20/la-sexualidad-y-la-calidad-de-vida/>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Calidad de Vida*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Sternberg, R. (2007). *Los 7 tipos de relaciones de pareja según la teoría de la inteligencia, CLTRACLCTVA*. Recuperado de: <http://culturacolectiva.com/los-tipos-de-relaciones-de-pareja-segun-la-teoria-de-la-inteligencia/>

Domínguez y Herrera. (2013). *La investigación narrativa en Colombia: Definición y Funciones*  
Corporación universitaria del Caribe, Colombia. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09.pdf>

Intebi, A. (2012). *La Psiconeuroinmunoendocrinología y su importancia en la medicina actual*.  
Rev Méd-Cient “Luz Vida, 3(1):71-72.

Márquez, A. (2008). *Introducción a la PNIE*. IntraMed. [En línea]. Revisado en  
<https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=54012>

Moscoso, M. (2009). *De la mente a la célula: impacto del estrés en*  
*Psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit, 15(2), 143-152*. [En línea] Revisado en  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272009000200008&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200008&lng=en&tlng=en).

Eiguchi y Soneira (2002). *Psiconeuroinmunoendocrinología en enfermedades autoinmunes*  
*(LES)*. Archivos de alergia e inmunología clínica, 33, 8-16.

Díaz, M. (2016) *Agresividad y psicopatía en instituciones de seguridad un enfoque*  
*psiconeuroinmunoendocrinológico*. Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay,  
284, 23-27. [En línea] Revisado en  
[http://www.psicologos.org.uy/revistas/284\\_revista2016\\_agosto.pdf](http://www.psicologos.org.uy/revistas/284_revista2016_agosto.pdf)

Martínez, M. (2009). *Teoría Biocognitiva: Hacia Una Ciencia de Bio-información*. Revista  
Argentina de Salud Mental, 5(17), 18 -25.

Martínez, M. (2013). *Hacia un Nuevo Modelo del Sistema Inmunológico: El gran Confirmador*

- de la Conciencia Corporizada que Vivimos*. En: Aguilar JL. Bases de la Inmunología Clínica. Lima, Perú: Ed. Hamex & AM. 1ra Edición, 700-718.
- Martínez, M. (2001) *Modelo Biocognitivo: Campos de Creencias y sus Códigos Bioéticos*. Teoría e Investigación en Psicología. (9) 2, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Briceño, M. (2005) *Epistemología y Medicina Compleja*. Medicit, Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica 2(6): 95-103
- Intebi, A. (2012) La psiconeuroinmunoendocrinología y su importancia en la medicina actual. Rev Méd-Cient “Luz Vida, ;3(1):71-72.
- Márquez, A. (2008). Introducción a la PNIE. IntraMed. [En línea]. Revisado en <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=54012>
- Martin, F. (2005). *Reconstrucción epistémica para un mejor estudio y tratamiento preventivo del cáncer pulmonar*. Gaceta Médica de Caracas, 113(3), 378-385. [En línea]. Recuperado en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622005000300008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000300008&lng=es&tlng=es)
- Santiago, J. (2001). *Un salto paradigmático: de la red psiconeuroinmunoendocrina al modelo Biocognitivo de la salud*. [En línea]. Revisado en <https://psiquiatria.com/psicosomatica/un-salto-paradigmatico-de-la-red-psiconeuroinmunoendocrina-al-modelo-biocognitivo-de-la-salud/>
- Eisenhardt, C. (1989). *El Método de estudio de caso, Estrategia metodológica de la investigación científica*. [En línea]. Revisado en

<https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

BID. (2011). *Pautas para la elaboración de Estudios de Caso*. [En línea]. Revisado en C:/Pautas-para-la-elaboración-de-estudios-de-caso.pdf

Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15(2), 143-152. [En línea] Revisado en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272009000200008&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200008&lng=en&tlng=en).

Eiguchi y Soneira (2002). Psiconeuroinmunoendocrinología en enfermedades autoinmunes (LES). *Archivos de alergia e inmunología clínica*, 33, 8-16.

Díaz, M. (2016) Agresividad y psicopatía en instituciones de seguridad un enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico. *Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, 284, 23-27. [En línea] Revisado en [http://www.psicologos.org.uy/revistas/284\\_revista2016\\_agosto.pdf](http://www.psicologos.org.uy/revistas/284_revista2016_agosto.pdf)

Martínez, M. (2009). Teoría Biocognitiva: Hacia Una Ciencia de Bioinformación. *Revista Argentina de Salud Mental*, 5(17), 18 -25.

Martínez, M. (2013). Hacia un Nuevo Modelo del Sistema Inmunológico: El gran Confirmador de la Conciencia Corporizada que Vivimos. En: Aguilar JL. *Bases de la Inmunología Clínica*. Lima, Perú: Ed. Hamex & AM. 1ra Edición, 700-718.



Martínez, M. (2001) Modelo Biocognitivo: Campos de Creencias y sus Códigos Bioéticos.

*Teoría e Investigación en Psicología.* (9) 2, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Briceño, M. (2005) Epistemología y Medicina Compleja. *Medicrit, Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica* 2(6): 95-103

Martin, F. (2005). Reconstrucción epistémica para un mejor estudio y tratamiento preventivo del cáncer pulmonar. *Gaceta Médica de Caracas*, 113(3), 378-385. [En línea]. Recuperado en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622005000300008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622005000300008&lng=es&tlng=es)

Santiago, J. (2001). Un salto paradigmático: de la red psiconeuroinmunoendocrina al modelo biocognitivo de la salud. [En línea]. Revisado en <https://psiquiatria.com/psicosomatica/un-salto-paradigmatico-de-la-red-psiconeuroinmunoendocrina-al-modelo-biocognitivo-de-la-salud/>

Fisher H. Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Human Nature*; 1998, 9: 23–52.

Fisher, H.; Aron, A.; Mashek, D.; Li, H.; Brown, L. Defining the brain system of lust romantic attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 2002; 31; 5: 413-419.

Fromm, E. El arte de amar. Barcelona: Paidós, 1956. Insel, T.; Shapiro, L. Oxytocin receptor distribution reflects social organization in monogamous and polygamous voles. *Proc Natl Acad Sci USA*; 1992; 89: 5981-5.

- Jankowiak, J.; Fisher, H. A cross-cultural perspective of romantic love. *Ethos* 1992; 31: 19-155. Lee, J. A typology of styles of loving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1977; 3, 173-182.
- Maturana, H. La realidad ¿objetiva o construida? Santiago: Anthropos, 1996. Maureira, F. Las bases de la condición humana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2008; 11, 4: 97-111.
- Paéz, X. Neurobiología del amor y sustrato biológico de la monogamia. Seminarios postgrados multidisciplinares biología celular. Universidad de los Andes, Venezuela, 2006.
- Rubin, Z. Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970; 16, 265-273. Sternberg, R. A Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 1986; 93, 2, 119-135.
- Sternberg, R. El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso. Barcelona: Paidós, 1989.
- Yela, C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema*, 9, 1: 1-15
- Young, L.; Wang, Z.; Insel, T. Neuroendocrine bases of monogamy. *Trends in Neuroscience*, 1998; 21, 2: 71-75. Zeki, S. The neurobiology of love. *FEBS Letters*, 2007; 581: 2575-2579.